



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**SOSYAL HİZMET UZMANLARINDA DEPRESYONUN YAPISAL
SEBEPLERİ**

Necati Buğra KUDDAŞ

**SOSYAL HİZMET ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Veli DUYAN**

**ANKARA
2016**

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**SOSYAL HİZMET UZMANLARINDA DEPRESYONUN YAPISAL
SEBEPLERİ**

Necati Buğra KUDDAŞ

**SOSYAL HİZMET ANA BİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Veli DUYAN**

**ANKARA
2016**

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Sosyal Hizmet Uzmanlarında Depresyonun Yapısal Sebepleri” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma/araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı:

Tarih:

İmza:

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sosyal Hizmet Anabilim Dalında
Necati Buğra KUDDAŞ tarafından hazırlanan
“Sosyal Hizmet Uzmanlarında Depresyonun Yapısal Nedenleri” adlı tez çalışması
aşağıdaki jüri tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OY BİRLİĞİ / ~~OT~~
~~ÇOKLUÇU~~ ile kabul/~~ret~~ edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 30.06.2016


Doç. Dr. İshak AYDEMİR

Turgut Özal Üniversitesi

Jüri Başkanı


Prof. Dr. Veli DUYAN
Ankara Üniversitesi
Danışman


Doç. Dr. Ayşe Sezen SERPEN
Ankara Üniversitesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. K. Zafer KARAER
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	ii
Kabul ve Onay	iii
İçindekiler	iv
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Çizelgeler	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Önem	3
1.2. Varsayımlar	4
1.3. Sınırlılıklar	5
1.4. Tanımlar	5
1.5. Ruhsal Sağlık ve Hasta Olmak	5
1.5.1. Ruhsal Sağlığın Tanımlanması	7
1.5.2. Ruhsal Hastalıklar Üzerine Teorik Tartışmalar	9
1.5.3. Depresyonun Tanımı	10
1.5.4. Kişilik Bozukluğu ve Nevroz	13
1.6. Ruhsal Hastalıklar Üzerine Sosyal Yaklaşımlar	16
1.6.1. Davranışçı Yaklaşım	17
1.6.2. Bilişsel Yaklaşım	18
1.6.3. Psikodinamik Yaklaşım	19
1.6.4. Sosyal Çatışma ve Sosyal Sınıf Yaklaşımı	20
1.6.4.1. Yabancılaşma	21
1.7. Ruhsal Sağlık ve Sosyal Hizmet	24
1.7.1. Tıbbi Sosyal Hizmet	28
1.7.2. Sosyal Hizmet ve Psikiyatrik Yaklaşımlar	29
2. GEREKÇE ve YÖNTEM	31
2.1. Araştırmanın Modeli	31
2.2. Veri Toplama Araçları	32
2.3. Soru Kâğıdı	32
2.4. Beck Depresyon Envanteri	33
2.5. Süre ve Olanaklar	33
2.6. Verilerin Çözümlemesi	33
3. BULGULAR	34
3.1.1. Araştırmaya Katılan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sosyo- Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	34
3.1.2. Araştırmaya Katılan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Meslek Yaşamlarına İlişkin Bulgular	47
3.1.3. Araştırmaya Katılan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Beck Depresyon Envanterinden Aldığı Puanlar	53
4. TARTIŞMA	57
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	65

ÖZET	69
SUMMARY	70
KAYNAKLAR	71
EKLER	77
Ek 1. Etik Onay Raporu	77
Ek 2. Beck Depresyon Envanteri Kullanım İzni	78
Ek 3. Bilgilendirilmiş Onam Formu	79
Ek 4. Soru Kağıdı	81
Özgeçmiş	89



ÖNSÖZ

Bu araştırma sosyal hizmet uzmanlarının depresyon düzeyleri ile toplumsal ve mesleki yapısal koşullar arasındaki ilişkiyi saptamak üzere yapılmıştır.

Tez çalışmamın ilk aşamasından son aşamasına kadar desteğinden, yönlendirmelerinden ve alandaki engin bilgisinden faydalandığım ve sosyal hizmeti öğrenmemde büyük katkıları olan danışmanım Prof. Dr. Veli Duyan'a teşekkür ederim. Akademik anlamda sosyal hizmeti tanımam ve öğrenmemde emekleri bulunan hocalarım Prof. Dr. Emine Özmete, Doç. Dr. Elif Gökçearslan Çiftçi, Doç. Dr. Eda Purutçuoğlu, Doç. Dr. Ayşe Sezen Serpen, Yrd. Doç. Dr. Filiz Yıldırım, Yrd. Doç. Dr. Melahat Demirbilek'e de ayrıca teşekkürlerimi sunarım. Sağlık Yönetimi Bölümü öğretim üyesi Yrd. Doç. Çağdaş Erkan Akyürek ve Hemşirelik Bölümü öğretim elemanı Arş. Gör. Eda Özge Yazgan'a teknik ve moral yardımları nedeniyle ayrıca teşekkür ederim.

Tez çalışmamın tüm süreçlerinde yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım, Arş. Gör. Ezgi Arslan, Arş. Gör. Tuba Yüceer Kardeş, Arş. Gör. Fulya Akgül Gök, Arş. Gör. Erdinç Kalaycı, Arş. Gör. Serdarhan Duru, Arş. Gör. Münevver Göker, Arş. Gör. Burcu Özdemir, Arş. Gör. Semih Sütçü, Arş. Gör. İrfan Doğan ve Arş. Gör. Deniz Yüksel'e de ayrıca teşekkür etmek istiyorum.

SİMGELER VE KISALTMALAR

APA: American Psychological Association

SHU: Sosyal Hizmet Uzmanı

BDE: Beck Depresyon Envanteri

NASW: National Association of Social Workers

SS: Standart Sapma

SPSS: Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paketi Veri Programı



ÇİZELGELER

Çizelge 3.1. Katılımcıların Yaş Durumuna İlişkin Bulgular	34
Çizelge 3.2. Katılımcıların Cinsiyet Durumuna İlişkin Bulgular	36
Çizelge 3.3. Katılımcıların Eğitim Durumuna İlişkin Bulgular	36
Çizelge 3.4. Katılımcıların Doğduğu/Yetiştiği Yerleşime İlişkin Bulgular	37
Çizelge 3.5. Katılımcıların Şu An Görev Yaptığı Yerleşimin Nüfusuna İlişkin Bulgular	38
Çizelge 3.6. Katılımcıların Medeni Durumuna İlişkin Bulgular	39
Çizelge 3.7. Katılımcıların Hanesinde Yaşayan Birey Sayısına İlişkin Bulgular	39
Çizelge 3.8. Katılımcıların Hanesinin Toplam Gelirine İlişkin Bulgular	40
Çizelge 3.9. Katılımcıların Gelirinin Barınma İhtiyacını Karşılama Durumuna İlişkin Bulgular	41
Çizelge 3.10. Katılımcıların Gelirinin Gıda İhtiyacını Karşılama Durumuna İlişkin Bulgular	41
Çizelge 3.11. Katılımcıların Gelirinin Sağlık İhtiyacını Karşılama Durumuna İlişkin Bulgular	42
Çizelge 3.12. Katılımcıların Gelirinin Eğitim İhtiyacını Karşılama Durumuna İlişkin Bulgular	43
Çizelge 3.13. Katılımcıların Gelirinin Eğlence İhtiyacını Karşılama Durumuna İlişkin Bulgular	43
Çizelge 3.14. Katılımcıların Gelirinin Yetmediği Durumlarda Barınma İhtiyacından Taviz Verme Durumuna İlişkin Bulgular	44
Çizelge 3.15. Katılımcıların Gelirinin Yetmediği Durumlarda Gıda İhtiyacından Taviz Verme Durumuna İlişkin Bulgular	45
Çizelge 3.16. Katılımcıların Gelirinin Yetmediği Durumlarda Sağlık İhtiyacından Taviz Verme Durumuna İlişkin Bulgular	45
Çizelge 3.17. Katılımcıların Gelirinin Yetmediği Durumlarda Eğitim İhtiyacından Taviz Verme Durumuna İlişkin Bulgular	46

Çizelge 3.18. Katılımcıların Gelirinin Yetmediği Durumlarda Eğlence İhtiyacından Taviz Verme Durumuna İlişkin Bulgular	47
Çizelge 3.19. Devletin Sağladığı Ayni ve Nakdi Yardımların Müracaatçıların Sorunlarına Çözüm Bulmada Etkinliğine Dair Bulgular	48
Çizelge 3.20. Katılımcıların Serbest Zaman Faaliyetlerini Hangi Alanda Değerlendirmekte Olduğuna Dair Bulgular	48
Çizelge 3.21. Müracaatçıların Yaşadığı Sorunların Temelinde Hangi Toplumsal Alt Sistemin Yer Aldığına Dair Bulgular	49
Çizelge 3.22. Katılımcıların Meslek Yaşamında Kendisini Derinden Etkileyen ve Unutamayacağı Bir Vaka İle Karşılaşma Durumuna İlişkin Bulgular	50
Çizelge 3.23. Katılımcılara Yöneltilen “Vakanın Üzerimdeki Etkilerini Silmek İçin Psikolojik Destek Almam Gerekti” Cümlesine Katılım Durumlarına İlişkin Bulgular	50
Çizelge 3.24. Katılımcılara Yöneltilen “Psikolojik Destek Aldığım Halde Vakanın Etkileri Silinmedi” Cümlesine Katılım Durumlarına İlişkin Bulgular	51
Çizelge 3.25. Katılımcılara Yöneltilen “Psikolojik Desteğe İhtiyacım Olduğu Halde İmkanlarım Yetersizdi” Cümlesine Katılım Durumlarına İlişkin Bulgular	51
Çizelge 3.26. Katılımcılara Yöneltilen “Vakadaki İsimleri Anonimleştirip Meslek Elemanları İle Paylaşarak Rahatlamayı Tercih Ettim” Cümlesine Katılım Durumlarına İlişkin Bulgular	52
Çizelge 3.27. Katılımcılara Yöneltilen “Vakadaki İsimleri Anonimleştirip Yakınlarım İle Paylaşarak Rahatlamayı Tercih Ettim” Cümlesine Katılım Durumlarına İlişkin Bulgular	52
Çizelge 3.28. Katılımcıların, Meslek Elemanlarının Düzenli Psikolojik Destek Görmesi Gerektiği Kanaatine Katılım Durumlarına İlişkin Bulgular	53
Çizelge 3.29. Katılımcıların, Meslek Elemanlarının Devlet Tarafından Zorunlu Bırakılarak Psikolojik Destek Görmesi Gerektiği Kanaatine Katılım Durumlarına İlişkin Bulgular	53
Çizelge 3.30. Beck Depresyon Envanterinden Alınan Puan Dağılımına İlişkin Bulgular	54
Çizelge 3.31. Katılımcıların Demografik Özellikleri ile Beck Depresyon Envanterinden Alınan Puanların İlişkisi	55
Çizelge 3.32. Katılımcıların Devletin Sunduğu Çözüm Olanaklarının Yeterliliği Hakkındaki Görüşleri ve Kendilerini Derinden Etkileyen Bir Vakayla Karşılaşma Durumu ile Beck Depresyon Envanterinden Alınan Puanların İlişkisi	56

GİRİŞ

Bu çalışmada, sosyal hizmet uzmanlarının mesleki etkinlikleri çerçevesinde maruz kalabildikleri ruhsal sorunların kaynağının çalışma koşulları ile ilgisini değerlendirmek amacıyla; ruhsal hastalıkların sosyal hizmet disiplini açısından tanımını, araştırılacak ruhsal sorun olarak depresyonun tanımını ve sosyal hizmet uzmanı, müracaatçı ve devlet arasında gerçekleşen ilişki çerçevesinde, sosyal hizmet politikalarının sosyal hizmet uzmanının mesleki doyumuna etkisi araştırılmıştır.

Sosyal hizmet, felsefesi ve teorik bağlamı itibariyle sosyal adalet paradigması temeli üzerine inşa olmuş özgürleştirici bir pratiktir (Tuncay ve İl, 2006). Ayrıca, 'Uluslararası Sosyal Hizmet Okullar Birliği' ve 'Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu'nun tanımına göre sosyal hizmet; “insan hakları ve sosyal adalet ilkelerini temel alan; sosyal değişimi destekleyen, insanların iyilik durumunun geliştirilmesi için insan ilişkilerinde sorun çözmeyi, güçlendirmeyi ve özgürleştirmeyi amaçlayan ve bunun için insan davranışına ve sosyal sistemlere ilişkin teorilerden yararlanarak insanların çevreleri ile etkileşim noktalarına müdahale eden bir meslektir” (akt: Duyan, 2012: 6).

Yukarıdaki açıklamadan yola çıkılarak, sosyal hizmet uzmanlarının, karşılaşılan sorunlara çözüm olarak, birey merkezli müdahale ile birlikte çevresel sistemlerin tümüne yönelik bir müdahaleye odaklanması beklendiği görülebilmektedir. Bu tarz bir müdahaleyi düşünmek için ruhsal sorunların bireysel ve çevresel sebeplerini tartışmak gereklidir. Uluslararası meslek örgütünden yukarıda alıntılanan metin, sosyal hizmet uzmanlarına, insanların yaşayabileceği felsefi varoluş sorunlarından gündelik pratik sorunlara kadar geniş bir alanda araştırma sorumluluğu yüklemektedir. Keza insanların iyilik durumları ve sosyal çevreleri her ne kadar birbirleriyle ilintili olsa da bireyin iç dünyasının da aydınlatılıp sosyal çevreyi nasıl etkilediği anlaşılmalıdır. Bireysel insan ilişkilerinde yapıcı müdahalelerde bulunabilmek bireylere hakim olan psikolojik ruh halini çözmekle başlayabileceği savı bir yana, çalışmada araştırılacak sorun da çoğu sosyal çevre

kaynaklı gündelik sorunların bireylerde neden olduğu içselleşmiş nevroitik tepki ve davranışların sosyal hizmet uzmanına etkisidir.

Ruhsal hastalıklar, kişinin ruh halini, uyum kapasitesini, günlük aktivitelerini, düşüncelerini ve hislerini değıştiren ve genellikle olumsuz anlamda kişiyi dönüştüren, orta ve uzun vadeli tıbbi sorunlardır (NAMI, 2013: 1). Başka bir açıdan ise, ruhsal hastalık olarak teşhis edilebilen ve gözlenen davranışlar ve semptomlar, kişilik bozukluklarına içkin de olabilir (Horney, 1999: 25).

Amerikan Psikiyatri Birliğı, ruhsal sorunları “ruhsal işlevselliğın altında yatan ruhsal, biyolojik ya da gelişimsel süreçlerle ilgili işlevsellikte bir bozulma olduğunu gösteren, kişinin biliş, duygu düzenlemesi ve davranışlarında klinik açıdan belirgin bir bozukluk olmasıyla belirli bir sendromdur. Ruhsal bozukluklar genellikle belirgin bir sıkıntı ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğeri işlevsellik alanlarında yetersizlik ile gider. Sık karşılaşılan tetikleyici bir etkene ya da sevilen birini yitirme gibi bir yitime karşı verilen, beklendik ya da kültürel açıdan kabul gören bir tepki ruhsal bir bozukluk değildir. Daha çok kişi ve toplum arasında ortaya çıkan, toplumsal olarak alışılmışın dışında davranış (örn. siyasal, dinsel ya da cinsel) ve çatışmalar, bu davranış ve çatışmalar, yukarıda tanımlandığı gibi, bir işlevsellik bozukluğundan kaynaklanmadığı sürece, ruhsal bozukluk değildir.” (Amerikan Psikiyatri Birliğı, 2014: 6). Sosyal hizmet disiplini, insancıl ve demokratik ideallerden oluşmuş sorun çözme hedefi olan mesleki bir alanı tanımlamaktadır. Bu tanımda, yöntem, evrensel ve yerel kanıta dayalı bilgileri içerecek şekilde, her ülkede, her bölgede ve neredeyse her müracaatçıda farklılaşarak oluşur. Bu nedenle karmaşık durumları analiz etmek ve sosyal çevreye uyumu sağlamak amacıyla insan gelişimi ve sosyal sistemlerle ilgili kuramlara odaklanılır (Duyan, 2012: 7).

Her müracaatçı için yeniden öğrenilecek ve uyarlanacak bir müdahale bilgisi ve her müracaatçının yaşadığı sorunların gündelik yaşama etkisinin boyutlarının farklılaşması -kimi zaman dramatik öğelerin yoğunluğu, sosyal hizmet uzmanının gerçekleştirdiğı müdahalelerin travmatik etkilerini, hem müracaatçı hem de müracaat edilen üzerinde araştırmayı gerekli kılmaktadır.

Bu araştırma sosyal hizmet uzmanlarının çalışma koşullarının ve gündelik iş tecrübelerinin yaşadıkları ya da yaşayabilecekleri depresyon üzerindeki olası etkilerini incelemek amacıyla planlanmıştır.

1.1.Önem

Amerikan Ulusal Sosyal Hizmet Uzmanları Birliğine göre bireysel müdahale eğitimi gören sosyal hizmet uzmanları ABD'de tüm psikolojik müdahalelerin %60'a kadar bir bölümünü üstlenmektedir (NASW, 2015). Türkiye'ye ait benzer bir istatistik bulunamamıştır ancak sosyal hizmet uzmanlarının ruhsal bozuklukları hazırlayan çevresel sebepleri teşhis etmesi ve müdahalesi, sosyal hizmet mesleğinin iş tanımından beklenmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın hazırladığı bir metinde (Sağlık Bakanlığı, Tarihsiz: 6), Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde sosyal hizmet uzmanından beklenen hizmet modeli, “hizmet alan ve aile odaklı bir model olup hastayı ve ailelerin ruh sağlığı sorunları bulunan aile bireylerini destekleme kapasitesini güçlendirmeyi amaçlamak” olarak tanımlanmıştır. Keza pek çok yazar sosyal hizmet müdahalesinin psikososyal süreçlerdeki öneminden bahsetmiştir (Sharon, 2002: 1-2); ayrıca Duyan (1996: 25) fiziksel bir hastalığın kendisinin bizzat ruhsal bir hastalığı hazırlayan süreci doğurduğunu söylemektedir: “Pek çok hasta için tıbbi bir bakım kurumuna gitmek ve hastalık durumuna uyum sağlamak bir sorun kaynağıdır.” Bu sorun kaynağı, yani “hasta olmak”, değişen fiziksel kapasite yüzünden benlik imajının zarar görmesi gibi nedenlerle, hastada güçlü duygusal tepkilere neden olur. Kolayca incinme, anksiyete, keder, depresyon, kızgınlık veya bunlar gibi çeşitli kötücül düşünceler hastada ortaya çıkarak (Duyan, 1996: 25) mevcut ruhsal sorunları daha da ileriye taşıyabilir.

Sosyal hizmet disiplininin önemi bu noktada nevroz gibi bireysel yatkinlikle (medikal yaklaşım) açıklanabilen ruhsal sorunları, sosyal çevre ile bağlantılandırarak da incelemesindedir (Oral ve Tuncay, 2012). Ancak sosyal hizmet ve ruhsal sorunlar, depresyon ya da sosyal çalışma ve ruhsal sorunlar ve depresyon anahtar kelimeleri ile yapılan arama sonucunda Yükseköğretim Kurulu'nun tez veri tabanında herhangi bir çalışma bulunamamıştır. Bununla beraber sosyal hizmet ve ruh sağlığı alanında çeşitli makaleler yayınlanmıştır. Ancak sosyal hizmet uzmanı olarak istihdam edilen kişileri

araştırma nesnesi kabul eden ve bu kişiler üzerindeki depresyon/ruhsal sorunları inceleyen bir araştırma ile karşılaşılammıştır.

Oral ve Tuncay, sosyal hizmetin ruh sağlığı sorunlu olarak tanımlanan bireyler, aileler ve gruplarla ilişkisinin psikiyatrik sağaltım alanının içinde olduğu kadar, bu alanın dışındaki birçok kurumsal yapı ve hizmet içinde de kurulu olduğunu belirtmektedir. Sosyal hizmet eğitiminde verilen dersler mezunlarını çeşitli alanlarda uygulama yapmaya hazırlamakta ve mesleğin müdahale odaklarının geniş kapsamlı oluşu sosyal hizmet uzmanını ruh sağlığı alanında da müdahale edebilir hale getirmektedir (Oral ve Tuncay, 2012).

Yapılan bu çalışmanın önemi, çeşitli sorunlarla sosyal hizmet alanındaki kurumlara başvuran kişilerle ilk görüşmeyi ve gerekirse müdahale sürecini gerçekleştiren sosyal hizmet uzmanlarının depresyona yatkınlıklarının daha önce araştırılmamış olmasıdır.

1.2.Varsayımlar

Sosyal hizmet uzmanı olarak istihdam edilen kişilerin, depresyon düzeylerinin; yapmakta oldukları meslek ve çevresel/sosyal koşullar nedeniyle toplumun genelinden yüksek olduğu ve araştırmaya katılanların soruları objektif olarak cevapladığı varsayılmaktadır.

1.3.Sınırlılıklar

-Bu araştırma; Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği e-posta grubuna üye olan ve halihazırda istihdam edilen sosyal hizmet uzmanları ile sınırlıdır.

-Araştırma Kasım 2015 ile Şubat 2016 tarihlerini kapsamaktadır.

-Araştırma istihdam edilen sosyal hizmet uzmanları ile sınırlıdır.

-Araştırma araştırmacı tarafından hazırlanan soru kâğıdı ve Beck Depresyon Envanteri ile sınırlıdır.

1.4. Tanımlar

Sosyal hizmet uzmanı: Kamu ya da özel kurum ve kuruluşlarda; vakıf ve derneklerde sosyal hizmet uzmanı, sosyal çalışmacı gibi unvanlar ile istihdam edilen personel.

1.5. Ruhsal Sağlık ve Hasta Olmak

İnsan yaşamının kutsallığı ve insanın yaşama hakkı, günümüzdeki çok yönlü sağlık hizmetlerinin gelişmesindeki temel güdüdür. Bu güdü çerçevesinde, her kültür, sahip olduğu teknoloji ve inanışlar doğrultusunda çeşitli sağaltma teknikleri geliştirmiştir. Geleneksel tıptan modern tıba, her coğrafyaya özel gelişen bu tarz davranış örüntüleri sonucunda sağlık ve hastalık terimleri, her kültür için kendi anlamına sahip olmakta (Giddens, 2000: 131); yine de genel geçer tanımlar bu alanda sıklıkla kullanılmaktadır.

Belli bir fiziksel ya da ruhsal durumun sağlıklı ya da sağlıksız olarak tanımlanması, o kültüre özgü anlayış çerçevesinde gerçekleşir. Genel anlamıyla sağlık, toplumu oluşturan bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal huzurları içinde, tam bir iyilik haline sahip olmaları ile ölçülebilir; Cırhinlioğlu'nun bu minvaldeki tanımı, sağlığı, bireyin dengeli bir durumundan ziyade mutlu olduğu durum olarak yorumlamaktadır (2001). Bireyin neşeli olması, doğal olarak sadece kendi başına sağlayabileceği bir durum değildir.

Bireylerin ruhsal ve bedensel sağlıkları sadece kendi kişisel yaşamları ile

ilgili değildir. Bir kişinin, diğer bireylerin acılarına duyarlı olması ve/veya dertlerine ortak olma yatkınlığı, bu kişi üzerinde oluşan psikolojik baskıyı etkileyecektir. Diğer taraftan, öteki bireylere karşı duyarlı olmayan, bencil bir yaşam süren ve hatta yaygın ekonomik siyasanın hayatlarını şekillendirmesi sonucu diğer kişileri ruhsal ve maddi açıdan sömüren bireylerin kaygısız ve ruhsal açıdan toplumda sağlıklı olduğu kabul gören tutumları da sadece kişisel yaşamları ile açıklanamamaktadır. Adler, psikolojik sağlığın temelinin 'özdeşleşme' duygusunda aranması gerektiğini söylemektedir (Adler, 1997: 26). Özdeşleşme - kendini başkası yerine koyabilme davranışı, bir kimseyi anlama, bir kimsenin ne şekilde düşündüğünü anlama çabasını tanımlayan bir davranıştır. Dolayısıyla insanın ruhsal sağlığını, içinde bulunduğu toplumun, ekonomik, sosyo-kültürel ve siyasi yapısı düşünülmeden tanımlamak olanaksız ya da bir başka deyişle, işlevsizdir.

İnsan psikolojinde, normalin ve anormalin, hastalık ve sağlığın genel geçer bir tanımını verebilmek olanaksız ya da yakın gözükmemektedir. Günümüz toplumsal ilişkileri, bürünülen roller üzerinden ilerlemekte; her ilişki türünün kendine oturan bir rol 'elbisesi' o toplumsal ilişki henüz başlamadan aktörler tarafından kabullenilmiş olmaktadır. Keza 'hasta olmak', hastalanan birey için yeni bir toplumsal rol yüklenmesi anlamına da gelmektedir. Bu rol içindeki birey, Parsons'a göre, ilk olarak, acziyetinden ötürü sorumlu tutulmamak, ikinci olarak, mecburi iş ve ödevlerinden muaf olmak, üçüncüsü, bu rolden çıkmayı ve iyileşmeyi arzuluyor olmak ve dördüncüsü, teknik olarak etkili tıbbi önerileri talep etmek ve bunlara uymak ile yükümlüdür (akt: Demirci, 1994: 20). Hastalığın hem kendi ağırlığı hem de hastadan beklenen rolün modern tıp tarafından dikte edilmiş olması ve 'modern' olandan kaçınmanın 'batıl' sayılarak dışlanmayla sonuçlanması, hastalığı bireyin kendi içindeki bir süreçten toplumun ortak sorunu haline getirmektedir. Dolayısıyla hasta olduğunu sezen bireyin, toplum tarafından ona giydirilen ve yukarıdaki dört rolden oluşan kalıba girmemek adına hastalığı ötelemesi, yok sayması mümkündür. Bu noktada doğal olarak Fromm'un bahsettiği, toplumsal uyum ve insanların en temel ihtiyacı olarak gördüğü 'bir olma' (1993: 185) ihtiyacı ön plana çıkmaktadır.

Fromm, insanların en temel korkusunun yalıtılma, en büyük arzusunun ise ait

olma, özdeşleşme olduğunu söylemektedir (1993: 185). Hastalığın getirdiği ve Parsons'ın tespit ettiği roller, bireyin hasta olduğunu açığa vurmaktan kaçınmasının nedenlerini açıklayabilmektedir. Keza hasta olmak, Fromm'a göre en büyük hastalık nedeni olan dışlanma ve yalıtılmanın modern tıbbi yöntemler tarafından reçete edilmesi ile sonuçlanan bir müdahale sürecini başlatabilmektedir.

1.5.1. Ruhsal Sağlığın Tanımlanması

Birey, toplumsal yapı içinde belli bir işlevsellik ve sorumluluğun da yüklü olduğu ve toplumda yaşamını sürdürmesi için yetiştirilen bir canlı organizmasına verilen isimdir. Dolayısıyla bu organizmanın, toplum adı verilen bir örgüt içinde başarılı kabul edilen konuma gelmesi, yaşamını idame ettireceği toplumun ve örgütlerin kural ve normlarına ne kadar uyum sağlayabildiği ile ilgilidir – ki bu uyum ile kast edilen, Durkheim'in belirttiği şekilde, toplumsal sağlıkla zihinsel sağlığın birbirini tamamladığı, organik ve normatif toplumların tamamı için geçerlidir (akt: Bottomore, 1990: 226).

Durkheim'in toplumsal ve zihinsel sağlığı girift bir yapı olarak tanımlaması, genelin sağlığı ile bireysel olanın arasındaki ilişkiyi karşılıklı ve zorunlu olarak tariflemesi; ruhsal sağlığı ekolojik bir perspektiften, bireyin dâhil ve etkileşimde olduğu tüm çevrelerde aramak gerektiğini göstermektedir. “İnsanların dengeli olabilmeleri, yaşadıkları toplumun insancıl bir takım değerlere, duygulara sahip olmasına bağlıdır” (Yaşar, 2003: 19), yaşanan toplum, bir takım sebeplerle bu değerleri geri plana atıyor ya da hiçbir değeri yokmuş gibi davranıyorsa; yoksulluk, şiddet ve huzursuzluk toplumun genelindeki bireyleri farklı düzeylerde etkiliyor ve toplum geneline eşitsiz ilişkiler hâkim hale geldiyse; bu yapının üyesi olan bireyde de benzer duygu dışavurumlarının etkilerini gözlemlemek şaşırtıcı olmayacaktır. Keza mevcut küreselleşen dünya toplumlarının ruh hali, bizzat bu yapıyı ortaya koyan ve müsebbibi olan kapitalistler tarafından da sıklıkla dile getirilmekte ve küresel sistemin ekonomik alt yapısını oluşturan kapitalist yapıyı içeriden eleştirmeye başlamışlardır. Bill Gates 31 Ekim 2015 günü, “kapitalizm bizi iklim

değişikliğinden kurtaramaz; çare sosyalist politikalar” der iken (Cumhuriyet, 2015a); bu tarihten önce, 2008 yılında yine Gates, kapitalizmin yoksulluğu büyüttüğünü ve insancıl bir kapitalizmin gerektiğini iddia etmiş; Dünya Bankası başkanlığı da yapmış olan Kemal Derviş, Gates’i eleştirmek amacıyla “Sermayenin hâkimiyetini bir toplum modeli olarak hiçbir zaman kabul edemem” demektedir (Radikal, 2008). 1980’ler Türkiye’inde söyleyeni idama götüren bu sözler, yine 2015 yılı içinde G20 zirvesi dâhilinde Ali Koç tarafından bir nevi tekrarlanarak, “Eşitsizliğin ortadan kalkması için kapitalizmin ortadan kalkması gerekir. Ben en azından eşitsizliğin minimum seviyeye indirilmesi gerektiğini düşünüyorum. Gerçek sorun kapitalizmdir” şeklinde ifade bulmuştur (Cumhuriyet, 2015b).

İnsanın yerleşik hale getirdiği ve ekolojik bir bütünlük ve tutarlılık gösterdiği de inkâr edilemeyen ve tüm doğayı kapsayan tanımların, son yüzyıllardır dayandığı modernizm ideolojisi ile birlikte dönüştüğü kültürler; savaş, cinsiyetçilik, eşitsizlik ve mutsuzluk kaynağı haline gelmiştir. Dolayısıyla bu kültürel ve normatif dünya tanımlamasını, bir bütün olarak insanın hastalıklarına uyarlamak gereklidir.

Ruhsal sağlığın tanımlanmasını, sonuçlarını göz önüne alarak değerlendirdiğimizde belli başlı noktalar ön plana çıkmaktadır: ilk olarak, ruhsal sorunların nüfusun önemli bir bölümünü kapsadığını göz önünde tutmak gerekmektedir; ruh hastalığının yalnızca bireyin yaşamı ile ilgili değil, toplumsal olarak da sosyal ve ekonomik maliyeti göz önüne alınmalıdır. Ruh hastalığından muzdarip kişinin üretkenliği azalmakta; bu durumun toplam verimliliğe yansıyan etkileri olmaktadır. İkinci olarak, ruhsal hastalıkların yaygınlığı karşısında gerekli ve ayrılmış kaynakların yetersizliği ve toplum içinde yetersiz dağılışı, sosyal sistemin bozulmasına yol açabilecek niteliktedir (Yaşar, 2003: 2-3). Son olarak, aşırı nüfus artışı, yoksulluk, sınıflar arası uçurum, adaletsizlik, ırk ayrımı, savaşlar, terör, yatay ve dikey sosyal hareketlilik, çarpık kentleşme, işsizlik, toplumsal anomi, yabancılaşma, iletişim sorunları, kuşaklar arası çatışma, hane içi iletişim bozukluğu, üretim tekniklerinde otomasyonun ön plana çıkması gibi pek çok toplumsal gelişme ve sorun ruhsal hastalıkların temelini oluşturmaktadır. Bu durum doğal olarak ruhsal hastalık tedavisinin kliniğin ötesine geçmesi gerektiğini göstermekte, toplumsal

önlem ve etmenlerin de tedavi sürecinde kullanılmasını gerektirmektedir (Arıkan, 1996: 10; Yaşar, 2003: 3).

1.5.2. Ruhsal Hastalıklar Üzerine Teorik Tartışmalar

Depresyon ve diğer ruhsal hastalıkların sebepleri üzerine biyolojik-psikiyatrik, psikolojik ve sosyolojik kuramlar ve önermeler geliştirilmiş olup; bu kuramlar, insanın biyolojik, psikolojik ve sosyolojik bir varlık olması ile ilgilidir (Yaşar, 2003: 28). Tüm bu teorik tartışma ve açıklamalara girmeden önce Hipokrat'a mal edilen bir deyişin Illich tarafından aktarılan versiyonunu alıntılarlamakta fayda bulunmaktadır:

“Sağlık ve hastalıkla ilgili hükümlerinize denk düşen ne bir ağırlık, ne bir biçim ne de bir hesap bulabilirsiniz. Tıp sanatında, hekimin duyularından başka kesin hiçbir şey yoktur.” (Illich, 2011:106).

Descartes'in savunduğu mekanik felsefe dâhilinde, insan bedeni ve diğer tüm maddi dünya, ölü bir düzenektir ve gerçek yaşamda tek gerçek deneyim, bilen özne olan zihne aittir (Bircan, 2010). Zihin bu düzeneklere hakim olduğu ve yönlendirebildiği ölçüde bilmekte ve neticesinde Descartes'in “düşünüyorum, öyleyse varım” şeklinde ifade edeceği var olma durumuna indirgenmektedir. Yukarıdaki alıntıda, Hipokrat'ın sağlık ile ilgili hiçbir ölçü, hesap olmadığı iddiası ile modern tıbbın her şeyi ölçen yöntemleri arasındaki fark, tam olarak, Descartes'in görüşlerinin tıp tarafından benimsenmesi neticesinde gerçekleşmektedir. Keza Descartes'ten iki yüz yıl sonra, Auguste Comte, organizmanın normal durumuyla ilgili yasaların bilinmesiyle, karşılaştırmalı patoloji araştırmalarının yapılabileceğini iddia etmektedir (Illich, 2011: 106-109). Bu durumda elimizde bir normalin olması gerekiyordu.

Oxford İngilizce Sözlüğüne göre *normal* kelimesi, Latince *norma*'dan gelmektedir ve marangoz cetveli (bir şeyin yere dikliğini ölçen bir tür cetvel)

anlamında kullanılmaktadır. Yine aynı sözlüğe göre günümüzdeki kullanımı 19. Yüzyıla tarihlendirilmektedir (Oxford Dictionaries, 'Normal').

Normal kavramının sağlık ile ilgili tanımlarda sürekli mevcut olması, sağlık ve hastalığın tanımlanması denemelerinde her zaman 'görece' doğruların barınmasına yol açacaktır. Toplumsal seviyede kabul edilmiş 'normal' olanın kabulü, toplumun isteklerine aykırı her durumun sapma, anomi olarak kabulüne varan kavrayışlara yol vermektedir.

1.5.3. Depresyonun Tanımı

Depresyon tüm ruhsal sorunlar arasında kendisine ayrı bir yer bulmaktadır; keza günümüzde yaygınlık oranı ile tüm insan topluluklarında 20 kişide 1 görülme sıklığı ile (WHO, akt: Marcus, ve ark. 2012: 6) en sık görülen ruhsal problemidir. Türkiye'de ise yaklaşık olarak 3.5 milyon kişinin depresyondan etkilendiği ve sağlık kurumlarına başvuran hastaların %26'sının depresyon şikâyeti olduğu görülmektedir (Tarhan, 2012: 25).

Depresyon, majör depresyon ve distimik bozukluk olarak iki farklı tanı ile değerlendirilmektedir. Majör depresyon, isteksizlik, ilgi kaybı, yaşamdan zevk almama, uyku ve iştah bozuklukları, cinsel isteksizlik, kendini değersiz görme, suçlama, enerji azlığı gibi belirtilerin iki hafta süre ile görülmesiyle tanılanmaktadır. Distimik bozukluk, kişinin yaşamında düşük depresyon belirtilerini iki yıl süreyle yaşaması ve bu dönem içinde iki aydan uzun iyilik döneminin bulunmamasıyla konulan bir tanıdır. Bu hastalar, karşılıklı ilişkilerinde sürekli onay ihtiyacı duymaları ve reddedilme durumundaki aşırı tepkileri ile ayırt edilebilirler (Tunca, 2004: 40-41).

Depresyonun klinik belirtileri arasında, dış görünümün çökkün, yüzün kederli olması; konuşma hızının ve hareketlerin yavaşlaması, gösterilebilir. Ayrıca, suçluluk, yetersizlik düşünceleri ve benlik saygısında dramatik bir azalma, zevk almama, ilgi

kaybı, ölüm düşüncesi diğer genel belirtilerdir (Tunca, 2004: 41). İntihar düşünce ve girişimi, uykuya dalma ve sürdürme zorlukları, depresyonun şiddetini belirlemede klinik psikiyatrlar tarafından gözlenen verilerdir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014: 93).

Depresyonun bilişsel işlevlere etkileri, unutkanlık, isteksizlik ve dikkat bozukluğu ile kendisini gösterir. Psikotik belirtiler ise cehennem ateşleri görme, kalbinin durmuş olduğunu görme gibi nihilistlik sanrılarla (Tunca, 2004: 42) ve “karanlık”, “kapana kısılmışlık” imgelemiyile (Sayar, 2014: 144) ortaya çıkar. Psikotik belirtiler tüm kültürlerde farklı şekillerde belirmektedir.

Depresyonun gelişimi üzerine bazı kuramlar ortaya atılmıştır; bunlardan bazıları;

Freud'un yas kuramı, ölen kişinin ardından çelişen duyguların varlığında olumlu ya da olumsuz düşüncelerin birlikteliğini gösterir. Günümüzde yas ve depresyon ayrı değerlendirilmektedir; ancak Freud'a atıfla nesne kaybı kuramı öne sürülmektedir. Bu kuramda, nesne, iş, para, ilişki, yaşanan şehir, sağlık gibi alışılan örüntülerin değişmesini sağlayacak maddi ya da alışkanlık kayıplarıdır (Tunca, 2004: 42-44).

Yası, bir yeğin depresyon döneminden (YDD) ayırt ederken, yasta baskın duygulanımın boşluk ve yitim duyguları olduğunu, ancak YDD'nde süregiden çökkün duygu durumun olduğunu ve mutluluk ya da zevk alma beklentisi içinde olunamadığını düşünmek yararlı olur. Yasta yaşanan disforinin yoğunluğu günler ve haftalar içinde azalma eğilimi gösterir ve bu belirti dalgalar biçiminde ortaya çıkar (ölüm acısı çekme olarak da adlandırılabilir). Bu dalgalara, ölen kişiyle ilgili düşüncelerin ya da anımsatıcıların eşlik etmesi eğilimi görülür (Amerikan Psikiyatri Derneği: 2014: 94).

Bibrink'in kuramı, açlık, uyku, cinsellik gibi temel dürtülerin 'narsistik'

duygulardan kaynaklandığını öne sürmektedir (Tunca, 2004: 44-45). Bibrink, bireylerin, sevilen beğenilen takdir edilen kişiler olmayı beklediğini ve bunlara ulaştıklarında doyum, ulaşamadıklarında hayal kırıklığı (narsisistik incinme) yaşadıklarını iddia eder.

A. Beck depresyonu 'yanlış öğrenme' olarak yorumlar; yanlış öğrenilen ve tekrarlanan kalıplar, örneğin bir çocuğun istediği bir şeyin alınmamasının çocuk tarafından sevilmediği şeklinde yorumlanması, çocuk büyüdüğü zaman herhangi bir reddedilme durumunu 'sevilmediği' ile ilişkilendirmesiyle sonuçlanır, bu yaklaşım öğrenilmiş çaresizliğin depresyona neden olduğunu iddia etmektedir. Depresyonun ortaya çıkmasında, sosyo ekonomik sebepler de söz konusudur; temel olarak sosyo ekonomik sorunlar ile birlikte baş etme mekanizmalarındaki zayıflama depresyonu ortaya çıkarmaktadır (Tunca, 2004: 45-46).

Depresyon gibi 'hastalıkların' tanımlanmasında, semptomlar üzerinden ilerleyen medikal yaklaşıma alternatif olarak 'etkileşimsel model' geliştirilmiştir (Zastrow, 2013: 212). Bu modele göre insanlar ya yoğun ve istenmeyen bir duyguya sahiptirler ya da işlevsiz bir davranış içerisindeyler. Medikal yaklaşım, yukarıda örnekleri görüldüğü üzere, dış görünüş, davranışlar ve duygu durumu ile ilgili çeşitli sınıflandırmalara dayanmakta ve olması gereken 'normal' davranış üzerinden 'hastalığı' sınıflandırmaktadır.

Sosyal hizmet disiplini açısından bakıldığında, ruhsal hastalık gibi tanımların bir anomi ve sapma davranışı olarak görüldüğü söylenebilir. Sosyalleşme süreçleri içerisinde bireyler, pek çok toplumsal sistem ile etkileşime girmektedir ve her sistemin kendi kurallarına, normlarına uyum göstermek durumunda kalmaktadırlar: bireyi kendi başına bir sistem olarak kabul ettiğimizde, bireyin etkileşime girdiği her sistemden bir girdi alması, yeterli enerji ve kaynağı kullanarak bu girdiyi işlemesi ve çıktı olarak etkileşime geçtiği başka bir sistemde kullanması gerekmektedir (Duyan, 2012: 140). Gündelik hayata hâkim olan pek çok sistem içerisinde bireylerin uyması gereken pek çok kural, düzenleme ve kaçınması gereken bir o kadar yaptırım vardır; bu normlar arasında bireylerin olması gereken 'normalden' sapma gösteren

davranışlarını 'ruhsal hastalık' olarak yaftalamak, netice itibariyle Scheff'in savunduğu gibi 'sapma davranışlarının kronikleşmesi' ile sonuçlanmaktadır (Zastrow, 2013: 213).

1.5.4. Kişilik Bozukluğu ve Nevroz

Kişilik bozukluğu, depresyon sürecinde görülme sıklığı artan bir rahatsızlık türü olduğu için çalışmamızda yer verilmiştir. Kişilik bozukluğu türü davranış değişikliklerinde, hastanın içinde yetiştiği kültüre göre normal kabul edilebilecek ölçüden fazla sapmalar gösteren, süre giden bir iç yaşantı ve davranış örüntüsü çatışmasıdır. Ergenlik ya da genç erişkinlik yıllarında başlar, zamanla kalıcı olur ve sıkıntıya ya da işlevsellikte bozulmaya yol açar (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013: 982). DSM-4'e göre kişilik bozuklukları türleri aşağıdaki gibidir:

“Paranoid kişilik bozukluğu başkalarının davranışlarının kötü niyetli olarak yorumlanması gibi bir güvensizlik ve kuşkuculuk örüntüsüdür.”

“Şizoid kişilik bozukluğu toplumsal ilişkilerden kopma ve duygusal dışavurumda bir kısıtlılığın olması örüntüsüdür.”

“Şizotipal kişilik bozukluğu yakın ilişkilerde birden bir rahatsızlık yaşama, bilişsel ve algısal çarpıklıklar ve sıradışı acayip davranışlar örüntüsüdür.”

“Antisosyal kişilik bozukluğu başkalarının haklarını görmezlikten gelme ve başkalarının haklarına saldırma örüntüsüdür.”

“Borderline kişilik bozukluğu kişilerarası ilişkilerde, benlik algısında ve duygulanımlarda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik örüntüsüdür.”

“Histrionik Kişilik Bozukluğu aşırı duygusallık ve ilgi çekme arayışı örüntüsüdür.”

“Narsistik kişilik bozukluğu büyüklük duyguları, beğenilme gereksinmesi ve eşduyum yoksunluğu örüntüsüdür.”

“Çekingen kişilik bozukluğu toplumsal ketlenme, yetersizlik, duyguları ve olumsuz değerlendirilmeye aşırı duyarlılık örüntüsüdür”

“Bağımlı kişilik bozukluğu kendine bakılması gereksinmesiyle ilişkili baş eğme ve askıntı olma örüntüsüdür.”

“Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu düzenlilik, mükemmeliyetçilik ve denetim altında tutmayla aşırı ilgilenme örüntüsüdür. “

“Başka türlü adlandırılmayan kişilik bozukluğu” iki durum için kapsanmıştır: 1) kişinin kişilik örüntüsü bir Kişilik Bozukluğu için genel tanı ölçütlerini karşılamaktadır ve değişik birçok Kişilik Bozukluğunun özellikleri vardır, ancak herhangi özgül bir Kişilik Bozukluğunun ölçütleri karşılanmamıştır ya da 2) kişinin kişilik örüntüsü bir Kişilik Bozukluğu için genel tanı ölçütlerini karşılamaktadır, ancak kişinin bu sınıflandırmada kapsanmayan bir Kişilik Bozukluğu olduğu düşünülmektedir (pasif-agresif kişilik bozukluğu gibi).”

(Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013: 983-984)

Horney'e göre, Freud ve psikanalistlerin çoğunluğu, sorunların kökeni açısından temel vurgulamayı, analiz işinin ya bir dürtünün cinsel kökeninin ya da bir tekrarı olduğu düşünülen çocukluk deneyiminin ortaya çıkarılmasıyla yerine getirildiği ilkesi üzerinde topladılar (Horney, 1999: 26). Dolayısıyla, sorunlu

davranışın kişiliği etkileyen süreçlerden kaynaklı olduğunu varsayarak ilerlediler ancak Horney'in itirazı bu noktada önemlidir:

“Nevrotik kişilerin tekrarlanan sorunları çoğu kez sahip oldukları düşsel ve anlaşılmaz yapılarından arındırılırsa, bunların, kültürümüzdeki normal insanların canını sıkan sorunlardan sadece nicelik olarak ayrıldığı dikkatimizden kaçmaz.”

(Horney, 1999: 27)

Kişilik işlevselliğiyle ilgili yargılar bireyin etnik, kültürel ve toplumsal geçmişini göz önünde bulundurmalıdır. Kişilik bozuklukları, göçten sonra yeni bir kültürden etkilenme sonucu ortaya çıkan sorunlarla ya da bireyin köken aldığı kültürden kaynaklanan alışkanlıkların, geleneklerin, göreneklerin, dinsel ve siyasal değerlerin dışı vuruluş biçimi ile karıştırılmamalıdır. Özellikle değişik bir geçmişi olan bir kişi değerlendirilirken bu kişinin kültürel geçmişini bilen başka kişilerden ek bilgiler alınması klinisyen için yararlı olur (Amerikan Psikiyatri Derneği, 2013: 986-987).

Kişilik bozukluğu tanısı ya da diğer psikolojik sorunların semptomları gözlenirken kültürel anlamda büyük farklılıkları göz önünde bulundurmak gereklidir. Sigmund Freud, Totem ve Tabu kitabında, dışsal benzerliklerin sadece dışavurumsal benzerliklere neden olduğunu belirtir; ancak bir tanıya ulaşılmasına imkan vermeyen bu dışsal benzerlikler zaten doğanın hoşlandığı ve en farklı biyolojik bağlamlarda bile aynı biçimlerden yararlandığı” benzer kimyasal ve fiziksel özelliklerden kaynaklıdır: “...örneğin hem bitkilerde hem de mercanda, ayrıca gerçekten de bazı kristal türlerinde ve bazı kimyasal çökeltilerde dal biçimli yapıların ortaya çıkmasında olduğu gibi. Sadece aynı mekanik nedenlerin işleyişinden kaynaklanan bu türden benzerliklere dayanarak arada iç ilişkiler bulunduğu sonucuna varmanın aceleci ve yararsız olacağı açıktır.” (1999: 81).

Nevrozlar, bu çalışma bağlamında, yine Freud'un tanımıyla bir 'saplantı hastalığı' (1999: 81) olarak, insanların sosyal ve kişisel hayatlarında, girdikleri ya da

girmek zorunda kaldıkları ilişkiler çerçevesinde kurallar ve sınırlar etrafında geliştirdikleri kişiliklerinde yerleşmiş korkulara ve tabulara bağlı olarak ortaya çıkan psikolojik duruma verilecek bir isimdir. Bu tanım dolayısıyla da anlaşılabilir ki nevroz, bir hastalık teriminden ziyade bir durum tespiti olarak kullanılacaktır. Bu noktada tekrar Freud'a dönülürse, toplumsal tabuların gerçekleştirdiği yasaklama güdüsüyle nevrotik temelli yasaklama güdüsünün pek çok ortak noktası olduğu görülebilir. Bunlar: “(1) yasakların belirlenebilir bir güdüden yoksun olması, (2) bir iç zorunlulukla sürdürülmeleri, (3) kolayca yer değiştirebilmeleri, (4) törensel eylemlerin yapılmasını gerektirmeleri”dir. (Freud, 1999: 83).

Nevrozların en temel sebebi, sahip olunan arzulardır. Var olan arzu, tatmin olma isteğiyle kişiyi bir eyleme sürüklerken bu eyleme karşı konulan 'yasak' ortaya bir korkunun çıkmasını sağlar. Bu yasaklanma duygusu, ihtiyaç duyulan şeyin giderilmesine konulan bir kısıtlamadan (Duhm, 2002: 25) kaynaklanabileceği gibi iktisat disiplini içinde tanımlanan kıtlık kanunu gereğince üretilmiş mal ve hizmetlerle arz arasındaki dengeden de kaynaklanabilir (Dinler, 1998: 6).

Kişilik bozukluğu, nevrozlar ya da bir sonraki bölümde bahsedilecek depresyonların sebepleri üzerine yapılacak bir tartışmanın, burada gösterilen nedenlerle sadece medikal veya sadece kişiye içkin sebepleri yoktur. İktisattan gündelik hayata, dinden politikaya pek çok değişken ve pek çok kural insanların yukarıda sayılan rahatsızlıklara ithaf edilen semptomları göstermesine neden olmaktadır.

1.6. Ruhsal Hastalıklar Üzerine Sosyal Yaklaşımlar

Ruhsal hastalıklar üzerine sosyal bilimlerin sağladığı öneriler; mikro ve makro olmak üzere iki düzeydedir. Mikro düzeydeki teoriler; sembolik etkileşimcilik, sosyal öğrenme, bilişsel teori, sosyal sapma ve etiketleme teorisidir. Makro düzeyde ise; fonksiyonalist teori, sosyal sınıf ve çatışma teorisi, anomi teorisi gibi yaklaşımlar bulunmaktadır.

Mikro düzeydeki teoriler, bireyin, bir duruma ait anlamı, bilişsel öğrenme süreçleri aracılığıyla öğrendiği ve sembolleri kullanarak ve sosyal deneyimleri yoluyla diğerleri ile paylaşarak sosyalleştiğini kabul eder. Bir bireyin ‘normal’ sınırları dahilinde incelenip incelenmemesi, belli bir gerçekliğin anlamını, diğerleri ile ne kadar benzer şekilde paylaştığı ile ölçülebilir.

Makro düzey teoriler ise sosyal yapıları oluşturan kurum ve fonksiyonlar üzerinde şekillenir. Bireyin dahil olduğu sınıfsal ve sosyal hareketlerden politik ve iktisadi faaliyetlere kadar birey üzerinde etkili yapıları ortaya koyar (Yaşar, 2003: 29).

1.6.1. Davranışçı Yaklaşım

Davranışçı yaklaşım, depresyonun, davranışların olumlu yöndeki pekiştireçlerinin azalmasıyla ortaya çıktığını iddia etmektedir; davranışsal bir değişikliğin kalıcılaştırılması ve davranış değişikliği ile duyguların değiştirilebileceğini savunur (Carnegie, 1998: 64).

Depresyonun temel bir sebebini öğrenilmiş çaresizlik olarak açıklayan Seligman, olumsuz olaylar üzerindeki kontrol yitimi duygusu olarak adlandırdığı bu öğrenilmiş çaresizliği, ruhsal örselenmenin davranışlar yoluyla önleyememe, örselenmekten kaçınamama olarak tanımlar ve bu duruma sebep olarak umutsuzluk duygusunu gösterir (Yaşar, 2003: 36). Bu anlamda depresyonun en büyük sebebini, olumsuz koşullar altında kalan bireyin, bu durumdan kaçınma için göstereceği çabanın boşa gideceği inancı oluşturmaktadır. Maruz kalınan davranışlardaki olumsuz pekiştireçlerin sıklığının artması, çaresizliği içselleştirme ve benlik saygısındaki azalma ile sonuçlanmaktadır (Aşkın, 1994). Dış çevrenin olumsuzluklarına karşı uygun tepkileri üretemeyen bireyin depresif davranışlarının uygun müdahale ile değiştirilmesi, bu yaklaşımın başvurduğu tedavi biçimidir.

1.6.2. Bilişsel Yaklaşım

Beck, depresyon etkisindeki bireyin, yaşanan olumsuz durumdan sonra kendilerine, geleceklerine ve çevrelerine dair karamsar bir tutum takındıklarını ve bu durumun, altta yatan olumsuz bilişsel bir şemayı harekete geçirdiğini iddia etmektedir (Sungur, 1994: 16-18).

Bilişsel yaklaşımın temel prensibi, bireylerin kendi bilişsel şemalarının depresyonu ortaya çıkardığını iddia etmektedir. Bu şemaların Freudyen bir anlamda oluşmadığı ise diğer bir savdır. Bireyin, kendinden önceki değerler ve sosyal ilişkiler kalıpları içerisinde şekillendirildiği ve bu belirlenmiş bireyin sosyal oluşumunun çapının bizatihi kendi yaşamı kaynaklı değil, birey ve bireyin kabul ettiği geçmiş ve şimdiki; aile ve toplum değer yargıları ile ilişkili olduğunu iddia eder.

Bilişsel yaklaşım, depresyonun oluşumunda, içsel ve bilişsel süreçlerin dış uyaranlardan daha etkili olduğunu iddia eder. Dolayısıyla, stresli bir olay, aslında içsel süreçlerde etki gösteren olumsuz bir düşünceden ibarettir; bilişsel yaklaşım müdahale sürecinde fikirleri değiştirmek üzerine uygulanan konuşma terapileri yoluyla duygusal kavrayışın değiştirildiğine dönük bulgular literatürde mevcuttur (Alper, 2001).

Bireylerin belirli olaylara verdikleri tepkileri ve etkilenme durumlarını kategorize etme zorluğu, sosyal ve ekonomik etkenlere karşı toplumlarda ortaya çıkan tepkilerin çeşitliliği gibi anlaşılabilir. Toplumda belli olaylara belli tepkiler verilmesi gerektiğini söyleyen kural ve kültürel kodlar bulunmaktaysa da toplumsal ölçekte, ekonomik, hukuki, sağlık ile ilgili pek çok alanda kültürel kodlara uygun olmayan gelişmelerin yaşanması (hırsızlığa karşı katı-geleneksel önlemler alan bir kültürün politikacıların yaptığı hırsızlığı görmezden gelmesi gibi), toplumdaki bazı bireylerin bu gelişmelerden olumsuz anlamda etkilendiğini gösterirken bir kısmının ise duyarsız kaldığını göstermektedir. Bu noktada bilişsel yaklaşıma göre, öğrenilmiş kültürel kodlardan sapma –duyarsız kalma- da bir sorunun göstergesi iken depresyon gibi izlenebilecek belirti ve etkileri sınırlı olduğundan literatürde ‘toplumsal

duyarsızlık' ruhsal bir sorun olarak tanımlanmamıştır.

Bilişsel yaklaşımda, bireylerin kültürel öğrenme yoluyla çeşitli olaylara karşı verdikleri tepkiler otomatikleştirilir ve düşünce şemaları kapsamında hangi olaylara ne tür tepki verileceği kültürlere göre değişmekle birlikte, aynı kültürde benzer kabul edilir. Ancak modern zamanları yaşadığımız günümüzde, çok seslilik, çok renklilik gibi çeşitlenmeyi artıran değişimlerin ve aile, hukuk ve ekonomi ile ahlak üzerinde etkili olan bilişsel şemaların da çeşitlenmesi ile birey (Dönmez, 1994: 229), olaylar karşısında tutarlı bir bilişsel şemayı koruyamayacak ve bu tutarsızlık depresyon belirtileri olarak ortaya çıkacaktır.

1.6.3. Psikodinamik Yaklaşım

İnsana ait bilincin id, ego ve süper ego olmak üzere üç boyuttan oluştuğunu iddia eden yaklaşım, depresyonu, idden (içten) ve/veya süperego'dan (dıştan) kaynaklı olarak görmektedir. Bu anlamda daha az kontrol imkanlarına sahip olan ama daha fazla tatmin arayışında olan bireylerin daha fazla anormal olabilecekleri ifade olunmaktadır (Sürmeli, 1993). Yani süperegosu yeterince gelişmiş bireylerin arzularını dizginleme ihtiyaçları duymadıkları durumda, egolarını acımasızca yargılamaları depresyonun sebepleri arasındadır.

Psikodinamik yaklaşımda ego, libidonal uyarımları nesnelerle ikame etme becerisine sahiptir. Bağlanma alışkanlıkları da bu nesnelerle ilişkide yatmaktadır. Oral dönemde çocuğun, annesinin memesi gibi, her nesneyi ağızla tanımak, tatmin olmak isteği bu nesnelere anlam yükleme durumundan kaynaklıdır.

Depresyon gibi ruhsal hastalıkların etkisindeki birey, sağlığına atfettiği anlamları kaybettiği için, süperegosu tarafından cezalandırılmakta, kötü obje haline gelen egosunu acımasızca yermeye başlamaktadır. İd'in sonsuz tatmin isteği ve süperego'nun sınırsız kontrol baskısı arasında kendine yer bulmaya çalışan ego, sürekli bir denge bulma arayışındadır. Bu bağlamda, id'in libidonal tatmini için,

içinde yetiştiği kültürün kodlarına uygun olarak çeşitli nesneler ego tarafından kullanılmaya başlar. İlk tatmin duygusunu anne karnında yaşayan bebek, doğum anından sonra bu tatmini anneye olan bağılılıkta aramaya başlamaktadır; ödips döneminde anneye dönük olan cinsel tatmin arayışı, libidonal gerileme ile birlikte yeni tatmin nesneleri yaratmaya başlar ve bu amaçla kültür, din, sanat gibi sosyal araçlara bağılılık geliştirir. Kültürel yapı, anne ile ilişkileri sınırlayan rol modelleri ve yasakçı din mekanizmaları id'in kaynağını oluşturduğu arzuları 'legal' nesnelere yönlendirir: pratik başarılarla tatmin olmak ve ötekilerle ilişki kurarak sosyalleşmek gibi (Yaşar, 2003: 37-38).

Psikodinamik yaklaşıma göre id'in tatmin olma arzusunu kültürün izin verdiği ölçütlerde ve kültürel olarak uygun nesnelerle gideremeyen ego, süperegö tarafından kaybettiği tatmin duygusu yüzünden acımasızca eleştirilir ve depresyon ya da nevroz gibi ruhsal hastalıklara ya da sosyal sapma davranışlarına yönelir. Bu anlamda, depresyon oluşumunu cinsel gelişim aşamalarına dayandıran bu yaklaşım için, ataerkil toplum, depresyonun kaynağıdır. Keza yine Tura'nın aktardığına göre, çocuğun cinsel tatmin nesnesi arayışında karşı cinse yöneltilmesi, ataerkil toplumlarda, cinsel tatmini gerçekleştirme amacıyla değil, kültürel olarak kodlanmış bir yönelimdir (Tura, 1989: 50-54).

1.6.4. Sosyal Çatışma ve Sosyal Sınıf Yaklaşımı

Çatışma teorisi, üretim araçlarının mülkiyetine bağılı olarak oluşan sınıfsal yapının, sosyal ilişkilerle birlikte toplumu belirlediğine dayanır. Sosyal yapı, insanların üretim sistemindeki konumlarına göre, iktisadi çatışmanın kişilerarası ilişki kalitesi ve niteliğini belirlediğini iddia etmektedir (Aron, 1989).

Üretim araçlarının belirli bir toplumsal sınıfın elinde toplanması ve ekonomik ve sosyal konumları zayıf olan –üretim araçlarına sahip olmayan- sınıfın kötü koşullar ve toplumda daha avantajsız pozisyonlara mahkum bırakılması, bu sınıf üyelerinin toplumsal yapıya yabancılaşması ile neticelendirilir. Bu teoride, çalışan

sınıfların karşılaştığı toplumsal ve ekonomik sorunların giderek artması ile birlikte stres ve ruhsal hastalıklara maruz kalma oranı artmaktadır; yabancılaşma ile birlikte sosyal çözülme ortaya çıkmaktadır (Cockerman, 1992).

Toplumun alt kesimlerinin yaşanan ekonomik zorluklardan nasıl etkilendiğine yönelik ilk çalışma 1929 yılı ekonomik krizinin ardından Faris ve Dunham tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmaya göre, incelenen kişilerin düşük statü ve yoksullukları, onları sosyal ilişkilerinden izole etmekte; bu nedenle de şizofren hastalarına özgü münzevilik, içe kapanıklık gibi ruhsal belirtiler ortaya çıkmaktadır (akt: Yaşar, 2003: 44).

Sosyal sınıf ve bireyin benlik saygısı arasındaki ilişki de önemli bir boyuttur; özellikle ekonomik değişimlere daha açık ve savunmasız toplumsal sınıflarda, ekonomik veriler sonucunda dikey ve yatay sosyal hareketlilik ihtimali daha fazla olmakta ve bu durum, toplumun mülkiyet araçları üzerinde söz sahibi olmayan kesimlerini yüksek stresle yaşamak zorunda bırakmaktadır.

1.6.4.1. Yabancılaşma

Sosyal sınıf ve çatışma teorileri, toplumun bir kesiminin, üretim araçları üzerinde söz hakkı olma durumunun, toplumsal konum ile ilintili olduğunu ve toplumsal konumu koruma ya da iyileştirme olanaklarının üretim araçları ile ilişkili olduğunu bildirmektedir. Bu düşüncenin ontolojik temelinde, insanların başlangıçtan beridir yaşam araçlarını üretme amacıyla doğayla savaş halinde olduğu gösterilir (Timur, 2007: 32). Bu savaş hali, insan emeğine doğayı dönüştürme niteliğini kazandırmış ve insanı üretici olarak nitelemiştir. İnsanın üretici doğası; belleğinde kalıcı olarak yer eden deneyimlerin çevresel uyaranlarla birlikte bütünlüklü bir model olarak inşa edilen benliğinden gelmektedir. Deneyimleri dış dünyaya uygun şekilde yorumlayan benlik, sonraki adımda ne yapılabileceğini hesaplayan tutarlı ve kronolojik bir algı hikayeleştirmesi sürdürmektedir (Hood, 2014). Bu hikaye, bireyin her anında bir sonraki adımına dair beklenti ve olasılıklar üzerine bir hayat

sürdüğünü göstermektedir. Bir toplumun barındırdığı sınırsız değişken, ihtimaller içerisinde, gerçekleşecek beklentiler kadar hayal kırıklıklarını da var edecektir. İnsanın ölümlü olması, tüm ihtimallerin gerçekleşme şansını ortadan kaldırmaktadır. Bu ölümlü doğa; sosyal çevre, fizyolojik yapı, hayat öyküsü, doğduğu yer ve etnisitesi gibi bir çok sosyal etiket ile koşullanan bir tercihler silsilesi haline gelmektedir.

Bireyin toplumsallaşması –üretimin ve doğaya karşı savaşımın toplumsallaşması; toplumsal kurumların oluşması ve neticesinde iş bölümünün ortaya çıkması ile şekillenmiştir (Timur, 2007); ilk iş bölümü cinsiyetler arası iş bölümü olarak kabul edilmekte; ikinci ve en büyük iş bölümü, el emeği ve entelektüel emeğin arasındaki iş bölümü olmuştur. Entelektüel emeğin var olma alanı, üretim üzerinde söz söylenebilen sınırları belirlemekte ve bu süreç, üretim araçları sahipleri ve üretim üzerinde söz hakkı olanların yeni bir toplumsal kurumlar sistemi üzerinden örgütlenmesine neden olmuştur. Balibar’a göre bu sistem, devlet aygıtının bizatihi kendisidir. Devlet, el emeği üzerinden yaratılan artı değere el koyarak bu artı değeri yeniden sermayeye dönüştüren ve sonra yeniden daha fazla artı değere el koyarak gelişen kapitalizmin günümüzdeki tahakküm organı olarak, el ve entelektüel emek üreticilerini toplumsal olarak ayrı konumlandırarak sınıflaşma ve toplumsal ayrışma sürecinin başlatıcısıdır (Balibar, 1993: 42).

Yabancılaşma kavramı, Marx’ın ortaya koyduğu sermaye döngüsü ve sermayenin oluşumu süreçleri ile ilgilidir; temelde, içinde yaşadığımız iktisadi ve siyasi sistemlerde “yabancılaşmama” durumu ile karşılaşmadığı halde bir yabancılaşma olgusundan söz edilebilmektedir. Bu durumla ilgili Ollman;

“Yabancılaşmanın içerdiği mantıksal coğrafyayı anlamaya, sağlık ve hastalık ifadelerini karşılaştırarak biraz olsun yaklaşabiliriz: belli bir hastalığa yakalanmanın ne demek olduğunu biliriz, çünkü bu hastalığa yakalanmamanın ne demek olduğunu biliriz. Eğer sağlıklı olmanın ne demek olduğuna dair fikrimiz olmasaydı, hastalığın belirtilerinin ortaya çıktığı durum bize normal görünürdü. Dahası birinin hasta olduğu söyleniyorsa, bu söylenenin dışsal bir ölçüte dayanarak varılan bir değer

yargısı değil; gerçek olduğunu düşünürüz. Birinin yokluğu diğerinin anlamının zorunlu unsurudur.”

(Ollman, 2008: 214-215)

Yabancılaşma kavramının içerdiği mekanizma, temel üretici güç olan insanın, emeği ile ürettiği mal ve hizmetlerin sahibi olmamasına dayanmaktadır. Bu durumu açıklayabilmek için Marx’ın tasvir ettiği, paranın serüvenine göz atmak faydalı olacaktır.

Karl Marx, Kapital adlı eserine, kapitalist toplumların “muazzam bir meta yığını” olduğu saptamasıyla başlar. “Meta”, der Marx, “her şeyden önce, taşıdığı özelliklerle şu ya da bu türden insan ihtiyaçlarını gideren dışsal bir nesne, bir şeydir”. Meta, içerdiği bakımından, üretilmiş olandır: doğadan alınmış, biçimi ve niteliği değiştirilmiş ve ihtiyaç karşılamaya yönelik pazara takdim edilmiş, nihai üründür. Metanın değerini belirlemeye yönelik tek somut –meta ile aynı kökten, doğadan gelen- birim, zamandır. Marx, emeğin bu cisimleşmiş hali olan metaya değer biçen ölçütü “emek-zaman” olarak isimlendirir (Marx, 2015: 49-53). Bir metanın üretimi için gereken toplumsal emek-zaman; örneğin, üç işçinin birlikte üç günde üretebildikleri bir ürün, her halükarda, başka bir üç işçinin üç günde ürettiği bir ürün ile aynı değere sahip olacaktır. Ancak, üretkenlik artışı (verimlilik) ve üretim organizasyonundaki gelişmeler bu değerleri değiştirerek, metaların değerlerini belirleyen başka bir unsur olmaktadır. Dolayısıyla üretim koşulları teknolojik ilerleme ve organizasyonlardaki değişme ile gelişmekte; Fordizm, Taylorizm gibi emek organizasyonu biçimleri ortaya çıkmakta, otomasyon ve seri üretim gibi teknolojik gelişmeler yaşanmakta ve metanın üretiminde harcanan zaman ile birlikte değeri de değişmektedir.

İnsan üreten bir canlıdır ve tür olarak ürettikleri ile var olan bir sosyal ortamda bulunmak üzere evrilmiştir. İnsanın ürettiği, bilişsel ve fizyolojik süreçlerin eseri ürünün, insan psikolojisinde önemi oldukça tartışılan mülkiyet ilişkilerine tabii tutulması ve bireyin avantajsız konumda bulunmasının, bazı psiko sosyal süreçlerde

olumsuz etki yarattığı tartışmasızdır.

İnsanın ürettiği her ne ise, bunun ticarete uygun bir nesne haline getirilmesi üzerine kurulu günümüz toplumsal sisteminde, birey, bilinci sayesinde düşünme ve potansiyelleri kavrama yeteneğine sahip olmasaydı ve alternatif olasılıkları hayal edemeseydi, seçim yapamazdı (Weisskopf, 1996: 19). Dolayısıyla yabancılaşmanın etkilerinin tersini mümkün görmeyeceği için tartışılan bu psikolojik rahatsızlıklar var olmayacaktı.

“İnsan sonludur, ölümlüdür ve yaşlanır; zaman ve uzamla sınırlıdır ve kendine ait potansiyellerin yalnızca çok az bir bölümünü gerçekleştirebilir. Aynı zamanda, insan, zihninde, varoluşunun sınırlarını aşma yeteneğine sahip olduğu için, gerçekleştirilmemiş olanı hayal etme yeteneği ile ödüllendirilmiş ve belki de cezalandırılmıştır.”

(Weisskopf, 1996: 19)

Birey toplum içinde, seçim yapmak ve karar vermek için, genellikle, toplumsal ilişkilerine uygun davranışlar sergiler. Ahlaki, yasal ve ekonomik çerçeveler davranış sınırlarını belirlemektedir. Bu sınırlarda, insan varoluşuyla toplumsal çevrenin çatıştığı durumlarda sorunlar başlamakta ve rahatsızlıklar görülmektedir. Çözüm bulunamayan toplumsal çatışmalar, psikolojik etkileri ile bireyler, gruplar ve toplumlar üzerinde çeşitli etkiler göstermekle birlikte; sosyal hizmet disiplini bu sorunların aşılması için bireyi, sorunun kaynağı sistem içindeki konumuyla bir bütün halde ele alarak yaklaşmaktadır.

1.7. Ruhsal Sağlık ve Sosyal Hizmet

Sosyal hizmet disiplini açısından ruhsal sorunlar, çevre ve kişisel özelliklerin etkilediği sistemler arasında ayırım gözetmeden bu sistemlerin değişime açık noktalarına müdahale edilmesiyle çözülebilecek problemlerdir. Sosyal hizmet disiplininin, karşılaşılan sorunlara çözüm olarak, birey merkezli müdahale ile birlikte

çevresel sistemlerin tümüne yönelik bir müdahaleye odaklandığı görülebilmektedir. Bu tarz bir müdahaleyi düşünmek için ruhsal sorunların bireysel ve çevresel sebeplerini tartışmak gereklidir. Sosyal hizmet mesleğinin tanımı, sosyal hizmet uzmanlarına, insanların yaşayabileceği felsefi varoluş sorunlarından gündelik pratik sorunlara kadar geniş bir alanda araştırma sorumluluğu yüklemektedir. Keza insanların iyilik durumları ve sosyal çevreleri her ne kadar ilintili olsa da bireyin iç dünyasının da aydınlatılıp sosyal çevreyi nasıl etkilediği anlaşılmalıdır. İnsan ilişkilerinde yapıcı müdahalelerde bulunabilmek bireylere hâkim olan psikolojik ruh halini çözmekle başlayabileceği savı bir yana, çalışmada tanıtılmaya çalışılacağı üzere çoğu sosyal çevre kaynaklı gündelik sorun bireylerde içselleşmiş nevrotik tepki ve davranışların gelişmesine neden olmaktadır.

Sosyal hizmet disiplini, insancıl ve demokratik ideallerden oluşmuş sorun çözme hedefi olan mesleki bir alanı tanımlamaktadır. Bu tanımda, yöntem, evrensel ve yerel kanıta dayalı bilgileri içerecek şekilde, her ülkede, her bölgede ve neredeyse her müracaatçıda farklılaşarak oluşur. Bu nedenle karmaşık durumları analiz etmek ve sosyal çevreye uyumu sağlamak amacıyla insan gelişimi ve sosyal sistemlerle ilgili kuramlara odaklanılır (Duyan, 2012: 7). Keza Amerikan Psikiyatri Birliği'nin hazırladığı DSM-5'e göre, ruhsal sorunlar, kendilerini 'toplumsal olarak alışılmışın dışında' davranış örüntülerine sebep olurlarsa göstermektedir – ya da tıbbın ilgi alanına ancak bu şekilde girmektedir. Ancak Horney'in (1999: 11) tanımladığı nevroz, 'nevrotik insanların sıradan bireylerden farklılık göstereceğini savlamaktadır. Dolayısıyla olağan davranış beklentileri, toplum normlarından öteye gitmezken ve normatif olan davranışlar kişinin mevcut sorunlarını çözmeye yetmediği hallerde, ortaya çıkacak çatışma, bir uyum sorunu olarak algılanacak ve 'ruhsal bozukluk' olarak etiketlenecektir. Sosyal hizmetin tanımındaki şu cümleye tekrar bakılırsa; bireyde, “ruhsal, biyolojiyle ilgili ya da gelişimsel süreçlerde işlevsellikte bir bozulma olduğu” kabul edilirse, bireyin 'toplum olağanlarına uymayan' davranışları, pekâlâ çatışmacı ya da nevrotik ve 'sorunlu' olarak kabul edilebilir. Oysa toplum normlarındaki davranışlardan sapma, toplumun yarattığı sorunlarla mücadele araçlarından biri de olabilir; keza ortak bir kültürde yaşayan insanların büyük çoğunluğunun genelde aynı sorunlarla mücadele etmek zorunda olması, söz konusu

kültürde var olan özgün yaşam koşullarının bu sorunları ortaya çıkardığı sonucunu da doğrulamaktadır (Horney, 1999: 27). Dolayısıyla içinde yaşanan ve korkuların kaynağı olan kültürün (ki bu korkular, başarısızlık, güvensizlik, rekabet gibi korkulardır) aynı zamanda bu korkulara karşı oluşturulan savunmaları da belirlediğini gözden kaçırmadan (Horney, 1999: 22), çatışmacı ya da kaçınmacı bir davranışın olağan davranışlardan sapmış olduğuna kanaat getirmek oldukça güç olacaktır.

Sosyal hizmet mesleğinin genel geçer müdahale yöntemlerinin her müracaatçı karşısında yeniden şekillenmesi söz konusu iken (Duyan, 2012 :7); ruhsal sorunlar ortaya koyan bir müracaatçının anlaşılabilmesi ve uygun müdahale yönteminin seçilebilmesi için, müracaatçı üzerinde etkili bio-psiko-sosyal etkenlerin analiz edilmesi gereklidir. Bu durumda hangi şartlarda gündelik sorunların ruhsal yapı üzerinde etkiler oluşturduğunu tartışmak gereklidir. Keza daha önce değinildiği gibi ruhsal sorunları normalden sapma olarak kabaca özetlediğimizde, sosyal hizmet müdahalesi sürecinde sürekli bir şekilde bu sapmış davranışları normalleştirecek (bireyin çevresi ile uyumluluğunu sağlayacak bir normalleşme) ilişkiler ağına dâhil olan sosyal hizmet uzmanının müracaatçısı karşısında özdeşim kurması ve onun çevresi ile olan ilişkiler ağını güçlendirmeye çalışması, başlı başına ruhsal sorunlarla her gün yeni bir mücadeleyi de beraberinde getirecektir.

Psikolojik rahatsızlıkların pek çok etkene bağlı olarak ortaya çıktığı anlaşılmakla birlikte, sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştıkları vakalara etkin ve hızlı çözüm bulması beklenmektedir. Beklenen hızlı teşhis ve ardından gelen müdahale sürecinin, bio-psiko-sosyal herhangi bir etkene bağlı olarak gelişen psikolojik rahatsızlıklara ne etkinlikte doğru bir çözüm üretebildiği tartışmalıdır (Cigno, 1997).

Sosyal çevrenin ve çevre ile uyumun, psikoloji üzerine etkililiğini, Dieter Duhm, bireysel ihtiyaçların toplumsal istemler ile sürekli çelişmesine bağlamaktadır (2002: 20). Bu çelişkilerin ancak ihtiyaçtan vazgeçmeyi öğrenmekle azalacağı ve bunun da uyum sağlama olarak adlandırılacağını belirtmektedir. Bu uyum sağlama

süreci, bebeğin hayata geldiği günden itibaren ihtiyaçları kısıtlama üzerine ilerlemektedir; ihtiyaçlar ne olursa olsun toplumsal istemler üstün gelecektir ve birey, henüz çocukken, “ceza veren otorite kişiler tarafından, toplumsal istemlere boyun eğmeye zorlanacak ve bireylerde korku ortaya çıkacaktır” (Duhm, 2002: 20-24).

Ruhsal hastalıklar, kişinin ruh halini, uyum kapasitesini, günlük aktivitelerini, düşüncelerini ve hislerini değiştirirken (NAMI, 2013: 1) belli başlı toplumsal kurallara göre kişiyi dışarıdan etkileyerek dönüştürme işlevine sahip toplumsal norm ve dogmaların bir tezahürü de olabilmektedir. Başka bir açıdan ise, ruhsal hastalık olarak teşhis edilebilen ve gözlenen davranışlar ve semptomlar, kişilik bozukluklarına içkin de olabilir (Horney, 1999: 25). Diğer noktada ise semptomlar kültüre göre kıyaslanmaktaysa, kültür ilk başta bireyin kişiliğini şekillendirmektedir ve 'insan davranışlarını şekillendirip etkileyen şey semptomlar değil kişiliktir' (Horney, 1999: 25). Dolayısıyla ruhsal sorunlar kavramları arasına kişilik bozukluklarının da iliştirilmesi önemlidir.

“Ruhsal bozukluk, ruhsal işlevselliğin altında yatan ruhsal, biyolojiyle ilgili ya da gelişimsel süreçlerde işlevsellikte bir bozulma olduğunu gösteren, kişinin biliş, duygu düzenlemesi ve davranışlarında klinik açıdan belirgin bir bozukluk olmasıyla belirli bir sendromdur. Ruhsal bozukluklar genellikle belirgin bir sıkıntı ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında yetersizlik ile gider. Sık karşılaşılan tetikleyici bir etkene ya da sevilen birini yitirme gibi bir yitime karşı verilen, beklendik ya da kültürel açıdan kabul gören bir tepki ruhsal bir bozukluk değildir. Daha çok kişi ve toplum arasında ortaya çıkan, toplumsal olarak alışılmışın dışında davranış (örn. siyasal, dinsel ya da cinsel) ve çatışmalar, bu davranış ve çatışmalar, yukarıda tanımlandığı gibi, bir işlevsellik bozukluğundan kaynaklanmadığı sürece, ruhsal bozukluk değildir.”

(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014: 6)

1.7.1. Tıbbi Sosyal Hizmet

Tıbbi sosyal hizmet, ‘insanların iyilik durumunun geliştirilmesi’ adına birincil olarak hastane ortamlarında yürütülen bir meslek disiplini. Psikolojik süreçlerin neredeyse tüm hastalıklarda nedensel etken olduğu kabulü ile birlikte sosyal uyumun, duyguların ve iyileşme motivasyonunun da tedavi sürecinde etkili olduğu görüldü. Sosyal hizmet, hastaların mevcut durumları ile başa çıkması gereken duygusal tepkilerin sosyal ve psikolojik nedenlerini çözmekte tıbbi tedavinin bir parçası olmuştur (Zastrow, 2013: 711).

Psikolojik sorunların sosyal kökenleri üzerine, hastaların yaşam koşullarının, çevrelerinin alışkanlıklarının, kişilikleri ve maddi durumlarının beraber değerlendirilmesi gereken durumlarda tıbbi sosyal hizmet, bir teşhis ve tedavi planına dahil olmaktadır. Hastalığın teşhis ve tanı sürecinde de hastalığa yol açan psikososyal faktörlerin bilinmesi ve bu bilginin tıbbi müdahalede kullanılması ile birlikte tıbbi sosyal hizmet, hastane binasındaki müdahaleden sonra da hastanın tedavi sürecini devam ettirmektedir. Sosyal hizmet uzmanı, tedavi sonrasında hastanın iyilik halinin devamı için sosyal uyum ve iyileşme motivasyonu gibi çalışmalar yürüterek “hastanın gereksinimlerine” uygun bir iyilik halini oluşturmaya yardım eder (Duyan, 1996: 4-6).

Sosyal hizmet disiplininin psikiyatrik müdahalelerde rol alması, Avrupa devletlerinde 1950’lerde psikolojik hastalık tanımlarının gözden geçirilmesiyle olmuştur. 1960 yıllarında Almanya’daki psikoloji kliniklerindeki hastaların yüzde ellisi, ‘psikiyatri hastalarının toplum içerisinde tedavisi’ anlayışının yürürlüğe girmesinin ardından taburcu edilerek tedavilerini klinik dışında sürdürmüştür (Halis, 2008) Batı Avrupa devletlerinde toplum içerisinde tedavi hizmetinin parçası olarak, psikiyatrist, psikolog, psikiyatri hemşiresi, sosyal hizmet uzmanı ve uğraşı terapistlerinin yer aldığı ekipler oluşturulmuştur. Bu ekiplere; Toplum Rehabilitasyon Ekipleri, Toplum Ruh Sağlığı Ekipleri, Girişken Sosyal Yardım Ekipleri, Kriz Çözüm Ekipleri, Psikoz Erken Müdahale Ekipleri gibi isimler işlevlerine göre verilmiştir (Killaspy ve ark. 2005).

Hastalığın tedavi sürecinde ve sonrasında rol alan sosyal hizmet disiplini, çevresel faktörlerin hastalıklar üzerinde etkili olduğu sayılısından hareketle müdahale sürecinde sosyal uyumluluğu artıran yöntemleri kullanır.

1.7.2. Sosyal Hizmet ve Psikiyatri

Sosyal hizmet koruyucu, tedavi edici ve tedavi süreci ardından iyilik halinin devamına yönelik psiko-sosyal tedbirleri gerçekleştiren bir disiplin olarak ruh sağlığı alanında yer edinmiştir. Sosyal hizmetin bir müdahale ekibinin parçası olduğu; psikolog, hemşire, psikiyatrist arasında oluşan bu ekibin takım mücadelesi içinde sorunların tüm boyutlarıyla ele alınması gerekliliği (Killaspy ve ark. 2005; Başer, Kırlioğlu ve Aktaş, 2013) vardır. Sosyal hizmetin dahil olduğu bir psikolojik müdahale, toplum temelli ruh sağlığı sisteminin harekete geçmesiyle mümkündür (Yanık, 2008).

Toplum temelli ruh sağlığı sisteminin müdahale odağında, koruyucu önleyici çalışmalar, bilgilendirme çalışmaları ve ruh sağlığı sorunu olan kişilerin çevresiyle güçlendirilmesi ve damgalanmaktan koruma çalışmaları bulunmaktadır.

Toplum temelli ruh sağlığı sistemi içinde müdahale, tıbbi tedaviye bir destek süreci olarak şekillenmektedir. Keza çevresel güçlendirme ile hastanın kendi haklarını elde etmesine yardım edilirken, hastanın psikiyatrik tedavi sürecine ket vurma söz konusu olabilmektedir. Psikiyatrik tıbbın temel söylemi, Güleç'e (2007) göre ötekini değerlendirme eylemidir. Bu eylem, hasta olan ötekiye değişime zorlayan tedavi sürecini oluşturmaktadır ve sosyal hizmet disiplindeki "ötekiye anlama"nın yerine tıbbın "ötekiye değiştirme" yaklaşımını benimsediği belirtilir. Nitekim, ruh sağlığı alanında, Türkiye'de bir müdahale kültürünün oluşabilmesi için mesleki algılamaları, çalışma koşullarını ve hukuki düzenlemeleri gözden geçirecek yeni bir düzenlemeye ihtiyaç vardır (Başer, Kırlioğlu ve Aktaş, 2013). Mevcut düzenlemelerde ruh sağlığı alanında sosyal hizmetin biyo-psiko-sosyal koruyucu ve güçlendirici müdahale yöntemleri kullanması, sadece yardımcı sağlık hizmetleri

kapsamında gör÷lmektedir.



2.GEREKÇE ve YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Modeli

Araştırma tarama modelinde gerçekleştirilmiştir. Tarama modellerinden genel tarama modeli, genel tarama modellerinden ise ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Tarama modeli, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan araştırma yaklaşımıdır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne, kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır, herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez (Karasar, 2007: 77). İlişkisel tarama modeli, iki veya daha çok sayıdaki değişken arasında birlikte değişim varlığını ve/veya derecesini belirlemeyi amaçlayan araştırma modelidir (Karasar, 2007: 81).

Araştırma, çalışma evreni olarak ele alınmıştır. Çalışma evreni, ulaşılabilen evrendir. Araştırmacının ya doğrudan ya da ondan seçilmiş örnek küme üzerinde yapılan gözlemlerden yararlanılarak hakkında görüş bildirebileceği evren çalışma evrenidir (Karasar, 2005). Bu anlamda ulaşılabilirliğin sağlanması ve maddi sınırlılıklar nedeniyle bu araştırma çalışma evreni olarak tasarlanmıştır.

Araştırmanın çalışma evreni, Türkiye'de istihdam edilen sosyal hizmet uzmanları arasında yaygın olarak kullanılan ve Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği adına yürütülen “sosyalhizmetuzmanlariderneği” başlıklı Google Grubu'na üye olan sosyal hizmet uzmanlarından oluşturulacaktır. Araştırma evrenine internet ortamında hazırlanacak online anket formu üzerinden ulaşılmıştır.

Kullanılan veri toplama araçlarından elde edilen veriler Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 16.0 istatistik paket programı kullanılarak çözümlenmiş olup, verilerin yorumlanmasında değişkenler arası ilişkileri saptamak amacı ile korelasyon, t-testi ve çapraz tablolar uygulanmıştır.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırma materyalinin toplanmasında daha önce yapılmış bazı araştırmalardan yararlanılarak hazırlanan ve üç bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. Araştırmanın ilk bölümünde katılımcıların cinsiyet, yaş, yaşadığı şehir, eğitim durumu gibi değişkenlerin yer aldığı sosyo-demografik veriler yer almaktadır.

İkinci bölümde çalışmanın bağımlı değişkenlerini oluşturan iş ile ilgili koşulların sorulduğu kısım yer almıştır.

Araştırmanın üçüncü bölümünde sosyal hizmet meslek elemanlarının depresyon yatkınlıklarını değerlendirmek için, Beck tarafından geliştirilen ve Hisli tarafından dilimize uyarlanıp geçerlilik çalışması yapılan “Beck Depresyon Envanteri” kullanılmıştır (Hisli, 1988: 118-122).

2.3. Soru Kâğıdı

Araştırmada katılımcılar için düzenlenmiş olan Bilgilendirilmiş Onam Formu açıklanarak katılımcıların onam vermeleri istenmiştir. Ardından araştırmacı tarafından hazırlanan ve katılımcıların depresyon düzeyleri ile bağlantılı olabileceği düşünülen bazı değişkenlere ait verilerin toplanabilmesi için “soru kâğıdı” uygulanmıştır.

Anketin katılımcılara ulaştırılmasında, bu amaçla tasarlanmış bir internet sitesinden faydalanılmıştır. Bu internet sitesine ait bağlantı adresi, katılımcıların üye olduğu “sosyalhizmetuzmanlaridernegi” başlıklı Google Grubu'nda Kasım 2015-Şubat 2016 tarihleri arasında yayınlanmıştır. Katılımcılar bağlantı adresi vasıtasıyla soru kağıdına ulaşabildiği için internet sitesi, ziyaretçi girişine kapalı tutulmuş, bir katılımcının anketi bir defadan fazla doldurmasının önüne geçebilmek için IP tanımlı engelleme yöntemi tercih edilmiştir.

2.4. Beck Depresyon Envanteri

Envanter 21 maddeden oluşmakta; ölçekteki maddelere verilen yanıtlar, her soruda değişmekle birlikte, '0' ile '3' puan arasında puanlanmaktadır. Envanterden alınan puanlar değerlendirilirken 1 - 10 arası puan normal, 11 – 16: hafif ruhsal sıkıntı 17 - 20: sınırda klinik depresyon, 21 - 30: orta depresyon, 31 - 40: ciddi depresyon, 40 üzeri: çok ciddi depresyon olarak değerlendirilmektedir (Hisli, 1988: 118-122). 11 puan ve yukarısını alan katılımcıların klinik destek almaları tavsiye edilmektedir.

2.5. Süre ve Olanaklar

Araştırmanın veri toplama süresi Kasım 2015 ile Şubat 2016 tarihleri ile sınırlıdır.

2.6. Verilerin Çözümlemesi

Verilerin işlenmesi ve çözümlemesinde SPSS 16.0 (Statistical Package for Social Sciences) bilgisayar yazılımı kullanılmıştır. Amaçta belirtilen soru cümleleriyle bağlantılı bağımsız değişkenler tek tek betimlenerek çizelgelerde sayı dağılımı, yüzdelere ve verilmiş; ilgili değişkenlerin ortanca, tepe değer ve ortalamaları hesaplanmıştır. Değişkenler arası ilişkileri saptamak amacı ile elde edilen verilere t-testi uygulanmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Araştırmaya Katılan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının sosyo-demografik özellikleri ve sosyal çevrelerini tanıtıcı özelliklere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

3.1.1. Araştırmaya Katılan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sosyo-Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni halleri, gelir durumları gibi çeşitli bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 3.1’de araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının yaş durumuna yer verilmiştir.

Çizelge 3.1. Araştırmaya Katılan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Yaş Durumuna İlişkin Bulgular

Yaş Kategorileri	Sayı	Yüzde
Yetişkinliğe Geçiş	31	17,8
Genç Yetişkinlik	119	68,4
Orta Yetişkinlik	24	13,8
Toplam	174	100,0

Ortalama= 32,24 Ortanca= 29 SS=7,950 En Küçük=22 En Büyük=56

Çizelge 3.1’de kullanılan kategoriler, bireyin sosyal çevresi içinde gelişimini inceleyen yaklaşımlara göre hazırlanmıştır. “Yetişkinliğe geçiş” döneminde, bireyin

sosyal çevresinde sorumluluk sahibi olması - iş bulması gibi kişinin sosyal işlevlilik kazanması beklenmektedir ve kendini tanıma dönemine işaret etmektedir (Arnett, 2004; Craig ve Dunn, 2007). Bu kategori, 18-25 yaş arasındaki bireyleri kapsamaktadır.

“Genç yetişkinlik” döneminde, kimlik oluşturma süreci, yaşamda aşk, iş ve dünya görüşü gibi pek çok alanda denemeler içermektedir. Bu alanlardaki deneme ve karar verme süreçleri ortaya çıkan yetişkinlik döneminde tam olarak belirginleşmektedir (Atak ve Çok, 2010). Çalışmada genç yetişkinlik dönemi 26-40 yaş arası kabul edilmiştir.

“Orta yetişkinlik” dönemi genel olarak fiziksel değişimle birlikte başladığı kabul edilen bir dönemdir. Vücudun çeşitli fiziksel yıpranma belirtileri göstermesi orta yaşa geçildiğini göstermekte, orta yaşam 45-60 yaş arasındaki dilim olarak tanımlanır. İlk çocuğun evden ayrılmasından emekliliğe kadar olan dönemi kapsar (Pogrebin 1995). Ayrıca, Erikson’un psikososyal gelişim aşamalarından “üretkenliğe karşı durgunluk”, orta yetişkinlik döneminde duyuşsal ve sosyal gelişimi açıklar (Santrock, 2012). Fiziksel, ailesel ve kişinin kendinden kaynaklanan nedenlerle 40-60 yaş aralığındaki bireylerin %10 ile %26’sında (Phillips, 2009) orta yaş krizi görüldüğü söylenmektedir. Çalışmada “orta yetişkinlik” 41 yaş ve üzeri olarak kabul edilmiştir.

Çizelge 3.1’e göre, araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %17,8’i 18-25 yaşları arasında, %68,4’ü 26-40 yaşları arasında ve %13,8’i 41 yaşının üzerindedir. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının en genci, 22 yaşında iken en yaşlı katılımcı 56 yaşındadır. Katılımcı yaş ortalaması 32,24’tür.

Çizelge 3.2’de araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının cinsiyet durumuna ilişkin bilgiler verilmiştir.

Çizelge 3.2. Katılımcıların Cinsiyet Durumuna İlişkin Bulgular

Cinsiyet	Sayı	Yüzde
Kadın	104	59,8
Erkek	70	40,2
Toplam	174	100,0

Araştırmaya dahil olan sosyal hizmet uzmanlarının %59,8’ü kadın, %40,2’si erkektir.

Çizelge 3.3’te araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının eğitim durumuna ilişkin bulgular verilmiştir.

Çizelge 3.3. Katılımcıların Eğitim Durumuna İlişkin Bulgular

Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde
Lisans	119	68,4
Lisans Üstü	55	31,6
Toplam	179	100,0

Çizelge 3.3’te görülebileceği gibi araştırmaya katılanların %68,4’u lisans mezunu iken; %31,6’sı lisans üstü eğitimini tamamlamış ya da devam etmektedir.

Çizelge 3.4’te örneklemin doğduğu ya da yerleştiği yerleşim yeri ile ilgili veriler yer almaktadır.

Çizelge 3.4. Katılımcıların Doğduğu/Yetiştği Yerleşime İlişkin Bulgular

Gelir	Sayı	Yüzde
1.000'den Az	6	3,4
1.001-3.000 Arası	11	6,3
3.001-50.000 Arası	11	6,3
50.001-100.000 Arası	30	17,2
100.001-1.000.000 Arası	58	33,3
1.000.001 ve Üzeri	58	33,3
Toplam	174	100

Çizelge 3.4'te görüldüğü üzere araştırmaya dahil olan sosyal hizmet uzmanları arasında, 1.001'den az nüfusa sahip bölgelerde doğmuş/yetişmiş katılımcı sayısı %3,4'tür. 1.001-3.000 arasında nüfusu olan yerleşimlerde doğmuş/yetişmiş katılımcılar %6,3 iken, 3.001-50.000 arasında nüfusu olan yerleşimlerde doğmuş/yetişmiş katılımcı sayısı yine %6,3'tür. 50.001-100.000 arasında nüfusu olan yerleşimlerde doğmuş/yetişmiş katılımcı sayısı %17,2'dir. 100.001-1.000.000 arasında nüfusu olan yerleşimlerde doğmuş/yetişmiş kişi sayısı %33,3'tür. Nüfusu 1.000.000 ve üzeri yerleşimlerde doğmuş/yetişmiş katılımcı sayısı ise %33,3'tür.

Çizelge 3.5'te araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının şu an görev yaptığı yerleşimin nüfus bilgileri verilmiştir.

Çizelge 3.5. Katılımcıların Şu An Görev Yaptığı Yerleşimin Nüfusuna İlişkin Bulgular

Gelir Durumu	Sayı	Yüzde
1.000'den Az	2	1,1
1.001-3.000 Arası	8	4,6
3.001-50.000 Arası	22	12,6
50.001-100.000 Arası	51	29,3
100.001-1.000.000 Arası	91	52,3
Toplam	174	100

Çizelge 3.5'te görüldüğü üzere araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarından 1.000'den az nüfusa sahip bölgelerde çalışmakta olan birey oranı %1,1'dir. 1.001-3.000 arasında nüfusu olan yerleşimlerde çalışmakta olan katılımcıların oranı %4,6 iken, 3.001-50.000 arasında nüfusu olan yerleşimlerde çalışmakta olan katılımcı oranı yine %12,6'dır. 50.001-100.000 arasında nüfusu olan yerleşimlerde çalışmakta olan katılımcı oranı %29,3'tür. 100.001-1.000.000 arasında nüfusu olan yerleşimlerde çalışmakta olan kişi oranı %52,3'tür.

Çizelge 3.6'da araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının medeni durumuna ilişkin bulgular paylaşılmıştır.

Çizelge 3.6. Katılımcıların Medeni Durumuna İlişkin Bulgular

Medeni Hal	Sayı	Yüzde
Bekar	78	44,8
Evli	96	55,2
Toplam	174	100

Çizelge 3.6'ya göre araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %44,8'i bekar olduğunu söylerken, katılımcıların %55,2'si evli olduğunu ifade etmiştir.

Çizelge 3.7'de katılımcıların yaşam alanlarını paylaştıkları kişi sayısı verilmiştir.

Çizelge 3.7. Katılımcıların Hanesinde Yaşayan Birey Sayısına İlişkin Bulgular

Birey Sayısı	Sayı	Yüzde
1	28	16,1
2	54	31
3	45	25,9
4	29	16,7
5	9	5,2
6 ve üzeri	9	5,2
Toplam	174	100

Ortalama= 2,83 Ortanca= 3 SS= 1,448

Çizelge 3.7'ye göre araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarından yalnız yaşayan bireylerin oranı %16,1'dir. İki kişi yaşayan katılımcı oranı, %31'dir. Üç kişi

yaşayan katılımcı oranı, %25,9 iken, dört kişi yaşayan katılımcı oranı %16,7, 5 kişi yaşayan katılımcı oranı %5,2, 6 ve üzerinde kişiyle yaşayan katılımcı oranı %5,2'dir.

Çizelge 3.7'ye göre, araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarını oluşturan en küçük hane 1 kişiden oluşmakta iken en kalabalık hane 10 kişiden oluşmaktadır. Hanede yaşayan bireylerin ortalaması 2,83; ortancası ise 3'tür.

Çizelge 3.8'de araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının hanesinin toplam gelirine ilişkin bulgular verilmiştir.

Çizelge 3.8. Katılımcıların Hanesinin Toplam Gelirine İlişkin Bulgular

Gelir	Sayı	Yüzde
1500-3000 TL	31	17,8
3001-5000 TL	59	33,9
5001 TL ve Üzeri	84	48,3
Toplam	174	100

Çizelge 3.8'e göre araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %17,8'i, 1500-3000 TL arasında gelire sahip iken, 3001-5000 TL arasında gelire sahip olan %33,9'udur. 5001 TL ve üzerinde geliri olan kişi oranı ise %48,3'tür. Bu tablodan sonra, araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının geliri ve bazı temel ihtiyaçları arasındaki ilişki incelenecektir.

Çizelge 3.9'da araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının gelirinin barınma ihtiyacını karşılama durumuna yer verilmiştir.

Çizelge 3.9. Katılımcıların Gelirinin Barınma İhtiyacını Karşılama Durumuna İlişkin Bulgular

Durum	Sayı	Yüzde
Yetersiz	49	28,2
Yeterli	102	58,6
Oldukça Yeterli	23	13,2
Toplam	174	100

Çizelge 3.9'a göre araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarından %28,2'sinin geliri barınma ihtiyacını karşılamak için yetersizdir. %58,6'sı gelirinin barınma ihtiyacını karşılamaya yeterli olduğunu ifade etmiş, gelirinin barınma ihtiyacına göre oldukça yeterli olduğunu söyleyenler %13,2'dir.

Çizelge 3.10'da gelir ve gıda ihtiyacı arasındaki ilişkiye dair bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 3.10. Katılımcıların Gelirinin Gıda İhtiyacını Karşılama Durumuna İlişkin Bulgular

Durum	Sayı	Yüzde
Yetersiz	19	10,9
Yeterli	133	76,4
Oldukça Yeterli	22	12,6
Toplam	174	100

Çizelge 3.10'a göre araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %10,9'unun, geliri gıda ihtiyacını karşılamak için yetersizdir. %76,4'ü gelirinin gıda

ihtiyacını karşılamaya yeterli olduğunu ifade etmiş, gelirinin gıda ihtiyacına göre oldukça yeterli olduğunu söyleyenler %12,6'dır.

Çizelge 3.11'de gelir ve sağlık ihtiyacı arasındaki ilişkiye dair bulgulara bakılmıştır.

Çizelge 3.11. Katılımcıların Gelirinin Sağlık İhtiyacını Karşılama Durumuna İlişkin Bulgular

Durum	Sayı	Yüzde
Yetersiz	38	21,8
Yeterli	113	64,9
Oldukça Yeterli	23	13,2
Toplam	174	100

Çizelge 3.11'a göre araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları arasında yer alanların %21,8'inin geliri sağlık ihtiyacını karşılamak için yetersizdir. %64,9'u gelirinin sağlık ihtiyacını karşılamaya yeterli olduğunu ifade etmiş, gelirinin sağlık ihtiyacına göre oldukça yeterli olduğunu söyleyenlerin oranı %13,2'dir.

Çizelge 3.12'de gelir ve eğitim ihtiyacı arasındaki ilişkiye dair bulgulara bakılmıştır.

Çizelge 3.12. Araştırmaya Katılan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Gelirinin Eğitim İhtiyacını Karşılama Durumuna İlişkin Bulgular

Durum	Sayı	Yüzde
Yetersiz	81	46,6
Yeterli	81	46,6
Oldukça Yeterli	12	6,9
Toplam	174	100

Çizelge 3.12'ye göre araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları arasında yer alanların %46,6'sının geliri eğitim ihtiyacını karşılamak için yetersizdir. %46,6'sı gelirinin eğitim ihtiyacını karşılamaya yeterli olduğunu ifade etmiş, gelirinin eğitim ihtiyacına göre oldukça yeterli olduğunu söyleyenlerin oranı %6,7'dir.

Çizelge 3.13'de araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının gelirleri ve eğlence ihtiyacı arasındaki ilişkiye ait bulgulara bakılmıştır.

Çizelge 3.13. Katılımcıların Gelirinin Eğlence İhtiyacını Karşılama Durumuna İlişkin Bulgular

Durum	Sayı	Yüzde
Yetersiz	107	61,5
Yeterli	52	29,9
Oldukça Yeterli	15	8,6
Toplam	174	100

Çizelge 3.13'e göre araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları arasında yer alanların %61,5'inin geliri eğlence ihtiyacını karşılamak için yetersizdir. %29,9'u gelirinin eğitim ihtiyacını karşılamaya yeterli olduğunu ifade etmiş, gelirinin eğitim ihtiyacına göre oldukça yeterli olduğunu söyleyenler %8,6'dır.

Çizelge 3.14'de araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının gelirinin yetmediği durumlarda barınma ihtiyacından taviz verme durumu incelenmiştir.

Çizelge 3.14. Katılımcıların Gelirinin Yetmediği Durumlarda Barınma İhtiyacından Taviz Verme Durumuna İlişkin Bulgular

Durum	Sayı	Yüzde
Hiç	141	81
Az	33	19
Toplam	174	100

Çizelge 3.14'e göre araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları arasında yer alanların %81'i hiçbir durumda barınma ihtiyacından taviz vermeyeceğini ifade etmiştir. %19'u gelirinin yetmediği durumlarda az sıklıkta barınma ihtiyacından taviz verdiğini/verebileceğini ifade etmiştir. Herhangi bir ihtiyaç durumunda öncelikle barınma ihtiyacından taviz vereceğini söyleyen hiç kimse bulunmamıştır.

Çizelge 3.15'de araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının gelirinin yetmediği durumlarda gıda ihtiyacından taviz verme durumuna ait bulgular incelenmiştir.

Çizelge 3.15. Katılımcıların Gelirinin Yetmediği Durumlarda Gıda İhtiyacından Taviz Verme Durumuna İlişkin Bulgular

Durum	Sayı	Yüzde
Hiç	95	54,6
Az	72	41,4
Çok	7	4
Toplam	174	100

Çizelge 3.15'e göre araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları arasında yer alanların %54,6'sı hiçbir durumda gıda harcamalarından taviz vermeyeceğini ifade etmiştir. %41,4'ü gelirinin yetmediği durumlarda az sıklıkta gıda ihtiyacından taviz verdiğini/verebileceğini ifade etmiştir. Herhangi bir ihtiyaç durumunda öncelikle barınma ihtiyacından taviz vereceğini söyleyenlerin oranı %4 olmuştur.

Çizelge 3.16'da araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının gelirinin yetmediği durumlarda sağlık ihtiyacından taviz verme durumu incelenmiştir.

Çizelge 3.16. Katılımcıların Gelirinin Yetmediği Durumlarda Sağlık İhtiyacından Taviz Verme Durumuna İlişkin Bulgular

Durum	Sayı	Yüzde
Hiç	104	59,8
Az	66	37,9
Çok	4	2,3
Toplam	174	100

Çizelge 3.16'ya göre örnekleme yer alanların %59,8'i hiçbir durumda sağlık harcamalarından taviz vermeyeceğini ifade etmiştir. %37,9'u gelirin yetmediği durumlarda az sıklıkta sağlık ihtiyacından taviz verdiğini/verebileceğini ifade etmiştir. Herhangi bir ihtiyaç durumunda öncelikle barınma ihtiyacından taviz vereceğini söyleyenlerin oranı %2,3'ü olmuştur.

Çizelge 3.17'de araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının gelirinin yetmediği durumlarda eğitim ihtiyacından taviz verme durumu incelenmiştir.

Çizelge 3.17. Katılımcıların Gelirinin Yetmediği Durumlarda Eğitim İhtiyacından Taviz Verme Durumuna İlişkin Bulgular

Durum	Sayı	Yüzde
Hiç	65	37,4
Az	89	51,1
Çok	20	11,5
Toplam	174	100

Çizelge 3.17'ye göre araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları arasında yer alanların %37,4'ü hiçbir durumda sağlık harcamalarından taviz vermeyeceğini ifade etmiştir. %51,1'i gelirin yetmediği durumlarda az sıklıkta eğitim ihtiyacından taviz verdiğini/verebileceğini ifade etmiştir. Herhangi bir ihtiyaç durumunda öncelikle eğitim ihtiyacından taviz vereceğini söyleyenler %11,5'tir.

Çizelge 3.18'de araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının gelirlerinin yetmediği durumlarda eğlence ihtiyacından taviz verme durumları ait bulgular incelenmiştir.

Çizelge 3.18. Katılımcıların Gelirinin Yetmediği Durumlarda Eğlence İhtiyacından Taviz Verme Durumuna İlişkin Bulgular

Durum	Sayı	Yüzde
Hiç	7	4
Az	30	17,2
Çok	137	78,7
Toplam	174	100

Çizelge 3.18’ye göre araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları arasında yer alanların %4’ü kişi hiçbir durumda eğlence harcamalarından taviz vermeyeceğini ifade etmiştir. %17,2’si gelirinin yetmediği durumlarda az sıklıkta eğlence ihtiyacından taviz verdiğini/verebileceğini ifade etmiştir. Herhangi bir ihtiyaç durumunda öncelikle eğitim ihtiyacından taviz vereceğini söyleyenlerin oranı %78,7 olmuştur.

Çizelge 3.19’da araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları arasında yer alan, meslek yaşamında kendisini derinden etkileyen ve unutamayacağı bir vaka ile karşılaşma durumuna ait veriler incelenmiştir.

3.1.2. Araştırmaya Katılan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Meslek Yaşamlarına İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının meslek yaşantısı ile ilgili, karşılaştıkları vakalar, boş zaman faaliyetleri, karşılaştıkları sorunlara ait gördükleri sebeplere ait tablolara yer verilecektir.

Çizelge 3.19. Devletin Sağladığı Ayni ve Nakdi Yardımların Müracaatçıların Sorunlarına Çözüm Bulmada Etkinliğine Dair Bulgular

Yanıt	Sayı	Yüzde
Evet	28	16,1
Hayır	146	83,9
Toplam	174	100

Çizelge 3.19'a göre devletin sosyal hizmet merkezlerinde sağladığı ayni ve nakdi yardımların etkililiğini, araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %16,1'i yeterli görmekteyken; %83,9'u yetersiz görmektedir.

Çizelge 3.20'de araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının boş zaman faaliyetlerini nasıl değerlendirdiğine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

Çizelge 3.20. Katılımcıların Boş Zaman Faaliyetlerini Hangi Alanda Değerlendirmekte Olduğuna Dair Bulgular

Boş Zaman Faaliyetleri	Sayı	Yüzde
Kişisel Gelişim (mesleki okumalar, dil öğrenme vb.)	55	31,6
Hobi	55	31,6
Ev İşleri	49	28,2
Ek İş	15	8,6
Toplam	174	100

Çizelge 3.20'ye göre araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %31,6'sı boş zamanlarında kişisel gelişim faaliyetleri ile ilgilendiğini, yine %31,6'sı

boş zamanlarında hobi faaliyetleri gerçekleştirdiği, %28,2'si boş zamanlarında ev işleri yaptığını ve %8,6'sı boş zamanlarında ek iş ile meşgul olduğunu ifade etmiştir.

Çizelge 3.21'de araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştığı sorunların hangi toplumsal alt sistemden kaynaklı olduğuna ait görüşlerine yer verilmiştir.

Çizelge 3.21. Müracaatçıların Yaşadığı Sorunların Temelinde Hangi Toplumsal Alt Sistemin Yer Aldığına Dair Bulgular

Sistem Adı	Sayı	Yüzde
Hukuk Sistemi	14	8
Eğitim Sistemi	21	12,1
Sağlık Sistemi	13	7,6
Ekonomik Sistem	95	54,5
Aile Sistemi	31	17,8
Toplam	174	100

Çizelge 3.21'e göre araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %8'i, karşılaşılan sorunların temelinde hukuk sistemine ait sorunlar bulunduğunu düşünmektedir. %12,1', eğitim sistemindeki sorunların, %7,6'sı sağlık sistemindeki sorunların, %54,5'i ekonomik sistemdeki sorunların ve %17,8'i aile kurumundaki sorunların müracaatçıları hizmet almaya sevk ettiğini belirtmektedir.

Çizelge 3.22'de sosyal hizmet uzmanlarının meslek yaşamlarında unutamayacaklarını düşündükleri bir vaka ile karşılaşma durumlarına dair bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.22. Katılımcıların Meslek Yaşamında Kendisini Derinden Etkileyen ve Unutamayacağı Bir Vaka İle Karşılaşma Durumuna İlişkin Bulgular

Durum	Sayı	Yüzde
Evet	128	73,6
Hayır	46	26,4
Toplam	174	100

Çizelge 3.22'ye göre araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %73,6'sı meslek yaşamı süresince kendisini derinden etkileyen ve unutamayacağını düşündüğü bir vaka ile karşılaşmıştır. %26,4'ü ise böyle bir vaka ile karşılaşmadığını beyan etmiştir. Çizelge 3.23'te meslek yaşamlarında unutamayacağı bir vaka ile karşılaşan sosyal hizmet uzmanlarının kendilerine yöneltilen ifadelerle katılıp katılmama durumlarına ait bulgular yer almaktadır.

Çizelge 3.23. Katılımcılara Yöneltilen “Vakanın Üzerimdeki Etkilerini Silmek İçin Psikolojik Destek Almam Gerekti” Cümlesine Katılım Durumlarına İlişkin Bulgular

Katılma Durumu	Sayı	Yüzde
Katılmıyorum	108	62,1
Fikrim Yok	8	4,6
Katılıyorum	12	6,9
Toplam	128	73,6

Araştırmaya katılan uzmanlara bazı cümleleri okuyup bu cümlelere katılma katılma durumlarını işaretlemeleri istenmiştir; çizelge 3.23'te “vakanın üzerimdeki etkilerini silmek için psikolojik destek almam gerekti” cümlesine “katılmıyorum” diyenler %62,1'i bulunmaktadır. “Fikrim yok” diyen %4,6 ve “katılıyorum” diyenler %6,9'dur.

Çizelge 3.24. Katılımcılara Yöneltilen “Psikolojik Destek Aldığım Halde Vakanın Etkileri Silinmedi” Cümlesine Katılım Durumlarına İlişkin Bulgular

Katılma Durumu	Sayı	Yüzde
Katılmıyorum	109	63,8
Fikrim Yok	13	7,5
Katılıyorum	1	0,6
Toplam	125	71,8

Araştırmaya katılan uzmanlardan çizelge 3.24’te “psikolojik destek aldığım halde vakanın etkileri silinmedi” cümlesine “katılmıyorum” diyenler %63,8’dir. “Fikrim yok” diyen %7,5 ve “katılıyorum” diyen %0,6’dır.

Çizelge 3.25. Katılımcılara Yöneltilen “Psikolojik Desteğe İhtiyacım Olduğu Halde İmkanlarım Yetersizdi” Cümlesine Katılım Durumlarına İlişkin Bulgular

Katılma Durumu	Sayı	Yüzde
Hayır	78	44,9
Fikrim Yok	12	6,9
Evet	35	20
Toplam	125	71,8

Çizelge 3.25’te görüldüğü gibi, araştırmaya katılan uzmanlardan “psikolojik desteğe ihtiyacım olduğu halde imkanlarım yetersizdi” cümlesine “katılmıyorum” diyenlerin oranı %44,9’dur. “Fikrim yok” diyen %6,9 ve “katılıyorum” diyenler %20’dir.

Çizelge 3.26. Katılımcılara Yöneltilen “Vakadaki İsimleri Anonimleştirip Meslek Elemanları İle Paylaşarak Rahatlamayı Tercih Ettim” Cümlesine Katılım Durumlarına İlişkin Bulgular

Katılma Durumu	Sayı	Yüzde
Katılmıyorum	42	24,1
Fikrim Yok	4	2,3
Katılıyorum	85	47,2
Toplam	131	73,6

Çizelge 3.26’da görüldüğü gibi, araştırmaya katılan uzmanlardan “vakadaki isimleri anonimleştirip meslek elemanları ile paylaşarak rahatlamayı tercih ettim” cümlesine “katılmıyorum” diyenler %24,1’dir. “Fikrim yok” diyenler %2,3 ve “katılıyorum” diyenler %47,2’dir.

Çizelge 3.27. Katılımcılara Yöneltilen “Vakadaki İsimleri Anonimleştirip Yakınlarım İle Paylaşarak Rahatlamayı Tercih Ettim” Cümlesine Katılım Durumlarına İlişkin Bulgular

Yanıt	Sayı	Yüzde
Katılmıyorum	86	49,5
Fikrim Yok	6	3,4
Katılıyorum	36	19,9
Toplam	128	73,6

Çizelge 3.27’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan uzmanlardan “vakadaki isimleri anonimleştirip yakınlarım ile paylaşarak rahatlamayı tercih ettim” cümlesine “katılmıyorum” diyenler %49,5’tir. “Fikrim yok” diyenler %3,4’tür ve “katılıyorum” diyenler %19,9’dur.

Çizelge 3.28. Katılımcıların, Meslek Elemanlarının Düzenli Psikolojik Destek Görmesi Gerektiği Kanaatine Katılım Durumlarına İlişkin Bulgular

Katılma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	140	80,5
Hayır	34	19,5
Toplam	174	100

Çizelge 3.28’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarından %80,5’i, sosyal hizmet uzmanlarının düzenli psikolojik destek görmesi gerektiğini düşünmektedir. %19,5’i ise düzenli olarak psikolojik destek görülmesi gerektiğini düşünmemektedir.

Çizelge 3.29. Katılımcıların, Meslek Elemanlarının Devlet Tarafından Zorunlu Bırakılarak Psikolojik Destek Görmesi Gerektiği Kanaatine Katılım Durumlarına İlişkin Bulgular

Katılma Durumu	Sayı	Yüzde
Evet	108	62,1
Hayır	66	37,9
Toplam	174	100

Çizelge 3.29’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %62,1’i, sosyal hizmet uzmanlarının devlet tarafından zorunlu bırakılarak düzenli psikolojik destek görmesi gerektiğini düşünmektedir. %37,9’u ise devlet tarafından zorunlu bırakılarak psikolojik destek görülmesi gerektiğini düşünmemektedir.

3.1.3. Araştırmaya Katılan Sosyal Hizmet Uzmanlarının Beck Depresyon Envanterinden Aldığı Puanlar

Bu bölümde araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının Beck Depresyon Envanterinden aldığı puanlar ile ilgili bulgular yer almaktadır.

Beck Depresyon Envanteri, 21 maddeden oluşmakta; ölçekteki maddelere verilen yanıtlar, her soruda değişmekle birlikte, '0' ile '3' puan arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan puanlar değerlendirilirken 1 - 10 arası puan normal, 11 – 16: hafif ruhsal sıkıntı 17 - 20: sınırda klinik depresyon, 21 - 30: orta depresyon, 31 - 40: ciddi depresyon, 40 üzeri: çok ciddi depresyon olarak değerlendirilmektedir. Çizelge 3.24'te gösterilen veriler bu puanlara göre kategorize edildiğinde Çizelge 3.28'te görülen tablo ortaya çıkmaktadır.

Çizelge 3.30. Beck Depresyon Envanterinden Alınan Puan Dağılımına İlişkin Bulgular

BDE Puanları		Sayı	Yüzde
	Normal	61	35,1
	Hafif ruhsal sıkıntı	56	32,2
	Sınırda klinik depresyon	32	18,4
	Orta depresyon	14	8
	Ciddi depresyon	11	6,3
	Total	174	100,0

Ortalama= 13,79 Ortanca= 13 SS=7,41 En Küçük=1 En Büyük=37

Çizelge 3.30'da görüldüğü üzere, araştırmada yer alan sosyal hizmet uzmanları arasında yer alanların %35,1'i "normal" sınırları içindeyken, "hafif ruhsal sıkıntı" yaşayanlar %32,2, "sınırda klinik depresyon" kategorisinde %18,4'ü bulunmaktadır. "Orta depresyon" yaşayanlar %8 ve "ciddi depresyon" kategorisinde de %6,3'tür. Çizelge 3.29'da Beck Depresyon Envanterinden alınan puanların cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum ile ilişkisini gösteren t-testi sonuçlarına yer verilmiştir.

Çizelge 3.31. Katılımcıların Demografik Özellikleri ile Beck Depresyon Envanterinden Alınan Puanların İlişkisi

			Beck Depresyon Envanteri Puanları			
		Sayı	Ortalama	SS	t	p
Cinsiyet	Kadın	107	14,78	7,81	1,958	0,52
	Erkek	72	12,57	6,71		
Eğitim Durumu	Lisans	123	13,49	7,42	1,066	0,288
	Yüksek	56	14,77	7,51		
	Lisans					
Medeni Durum	Bekar	79	13,92	7,175	0,42	0,967
	Evli	97	13,88	7,76		

Çizelge 3.31’de cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum ile Beck Depresyon Envanteri puanları arasındaki ilişkiye ait t-testi puanları bulunmaktadır. Tablodan görülebildiği gibi cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum ile envanterden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bununla birlikte kadın katılımcıların puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Depresyon görülme sıklığının kadınlarda daha yüksek olduğunu saptayan çeşitli araştırmalar bulunmaktadır (Powers, vd., 2016; Altemus, vd., 2014). Yüksek lisans yapmakta ya da yapmış olan katılımcıların puanlarında ve bekar katılımcılarda yine daha yüksek puan görülmektedir. Depresyona olan yatkınlığı eğitim görülen yıl sayısına göre araştıran Kranjac ve arkadaşları (2016), bu çalışmanın sonuçları ile benzer şekilde depresyonun eğitim alınan yıl sayısı arttıkça görülme sıklığının artabileceği sonucunu elde etmişlerdir.

Çizelge 3.32. Katılımcıların Devletin Sunduğu Çözüm Olanaklarının Yeterliliği Hakkındaki Görüşleri ve Kendilerini Derinden Etkileyen Bir Vakayla Karşılaşma Durumu ile Beck Depresyon Envanterinden Alınan Puanların İlişkisi

			Beck Depresyon Envanteri Puanları			
		Sayı	Ortalama	SS	t	p
Yardımların Yeterliliği	Evet	28	13	6,69	1,552	0,215
	Hayır	146	13,93	7,54		
Unutamayacağı Vaka	Evet	128	14,88	7,69	4,402	0,001
	Hayır	46	10,74	5,56		

Çizelge 3.32’de görüldüğü gibi, araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının devletin sunduğu çözüm olanaklarının yeterliliği hakkındaki görüşleri ile Beck Depresyon Envanterinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte devletin sağladığı çözüm olanaklarını yetersiz gören uzmanların envanterden aldıkları ortalama puanların daha yüksek olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının kendilerini derinden etkileyen ve unutamayacakları bir vakayla karşılaşma durumunun Beck Depresyon Envanterinden alınan puanlarla ilişkisine bakıldığında, böyle bir vakaya sahip olduğunu söyleyen uzmanların aldıkları ortalama puan 14,88 iken böyle bir vaka ile karşılaşmayan uzmanların ortalama puanı 10,74’tür. Bu iki durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,001$).

4. TARTIŞMA

Bu bölümde yürütülen araştırma kapsamında elde edilen bulgular literatür ışığında tartışılmıştır. Araştırma Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği E-Posta grubu üyeleri arasından, kendilerine online olarak iletilen uygulama davetine katılarak anket ve envantere yanıt veren sosyal hizmet uzmanları ile yürütülmüştür. Bulgular soru kâğıdı ve Beck Depresyon Envanteri ile elde edilmiştir.

Yabancı literatürde, sosyal hizmet uzmanının mesleği dolayısıyla yaşadığı psikolojik rahatsızlıklar tartışıldığı halde (Kleinman, 1986; Lloyd, vd, 2002; Liebenderg, 2015) Türkiye’de yapılmış bu tür bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Araştırma katılımcılarına ait sosyo-demografik verilere bakıldığında, katılımcıların %17,8’inin 18-25 yaş aralığında olduğu, %68,4’ünün 26-40 yaş aralığında olduğu ve 41 ve üzeri yaş aralığındaki katılımcıların tüm katılımcılara oranının %13,8 olduğu görülmektedir. Wells ve Fisher’ın yaptıkları çalışmaya göre 18-29 yaş grubu en sık depresyon yaşayan nüfus grubu iken, 60 yaş üstü grubunda çok daha az depresyon görülmektedir (2015).

Türkiye’de, üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada Beck Depresyon Envanteri’nde kesme puanı 17 alındığında depresyon görülme oranı %26,2; ortalama puan 12,8 olmaktadır (Özdel, vd., 2002). Sosyal hizmet uzmanları üzerinde yapılan bu çalışmada katılımcıların yaş ortalaması 32,24 ve kesme puanı 17 alındığında depresyon görülme oranı %32,7’dir. Sağlık Bakanlığı’nın yayınladığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı’na göre 2013-2014 arasında, sağlık kurumlarına başvuran 15 yaş üstü bireylerin %11’ine depresyon teşhisi konmuştur (Köse, 2014). Sağlık Bakanlığı’nın 23859870 sayılı yazılı soru önergesi cevabında (TBMM, 2013) ruh ve sinir rahatsızlıkları dolayısıyla sağlık kuruluşlarına başvuran kişi sayısı 2013 yılı için 9.258.037 kişi olarak açıklanmıştır. 2013 yılı için ülke nüfusu TÜİK tarafından 76.667.864 (2014) olarak açıklandığı için 2013 yılında sağlık kurumlarına ülkenin %12’sinin psikolojik rahatsızlık dolayısıyla başvurduğu söylenebilmektedir.

Araştırma katılımcılarının %59,8'i kadın iken %40,2'si erkektir. Kadın katılımcıların %67,3'ü Beck Depresyon Envanteri'nden 11 ve üzeri puan almıştır. Erkek katılımcıların %61,43'ün aynı envanterden 11 ve üzeri puan almıştır. Literatürde pek çok çalışmada anksiyete ve depresyon gibi rahatsızlıklara kadınlarda daha sık karşılaşıldığı görülmektedir (Newby vd, 2015, s: 97). Wells ve Fisher, yaptıkları çalışmada, kadınların farklı duyguları, erkeklere göre daha kolay ve daha geniş ifade biçimleriyle yansıtabilmesinin bu durumda etkili olabileceğini söylemişlerdir (2015). Ancak araştırmaya katılan kadın ve erkek katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılanların %68,4'ü lisans mezunu; %31,6'sı ise lisansüstü mezunu ya da öğrencisidir. Araştırmaya katılan lisans mezunu katılımcının ortalama puanının 13,49 olduğu görülürken lisansüstü mezunu ya da öğrencisi olanların ortalama puanının 14,77 olduğu görülmektedir. Ancak katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puanları ile eğitim durumları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılan bekar katılımcılar, tüm katılımcıların %44,8'i iken diğer %55,2 oranındaki katılımcı evlidir. Bekar katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puan ortalaması 13,92 iken evli katılımcıların 13,87'dir ($p=0,967$). Katılımcıların Beck Depresyon Envanteri puanları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır.

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarından yalnız yaşayan bireylerin oranı %16,1'dir. İki kişi yaşayan katılımcı oranı %31'dir. Üç kişi yaşayan katılımcılar %25,9 iken, dört kişi yaşayan katılımcı oranı %16,7'dir, 5 kişi yaşayan katılımcı oranı %5,2, 6 ve üzerinde kişiyle yaşayan katılımcıların oranı %5,2'dir. Bu katılımcılardan yalnız yaşayan bireylerin %43'ü 1-10 arası normal puan alırken, bu oran 2 kişi yaşayanlarda %24; 3 kişi yaşayanlarda %33; 4 kişi yaşayanlarda %55; 5 kişi yaşayanlarda %33 ve 6 kişi ve daha kalabalık yaşayanlarda %28 olmuştur. Beck Depresyon Envanterinden alınan puanların 2 ve 3 kişilik hanelerde daha yaygın görüldüğü söylenebilirken bu sonuçlar arasında istatistiki bir anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,205$)

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %17,8'i, 1500-3000 TL arasında gelire sahip iken, 3001-5000 TL arasında gelire sahip olanlar %33,9'dur. 5001 TL ve üzerinde geliri olanlar %48,3'tür. Bu katılımcılardan gelirini 1500-3000 olarak belirtenlerin %32,2'si Beck Depresyon Envanterinden 1-10 arası normal puan alırken, 3001-5000 TL arası geliri olanların %35,6'sı ve 5001 TL ve üstü geliri olanların %35,7'si de 1-10 arası puan almıştır. Bu sonuçlar arasında istatistiki bir anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,494$).

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %28,2'sinin geliri barınma ihtiyacını karşılamak için yetersizdir. %58,6'sı, gelirinin barınma ihtiyacını karşılamaya yeterli olduğunu ifade etmiş, gelirinin barınma ihtiyacına göre oldukça yeterli olduğunu söyleyenlerin oranı %13,2'dir. Gelirini barınma ihtiyacına göre yetersiz bulan katılımcıların %20,4'ü Beck Depresyon Envanterinden 1-10 arası normal puan alırken; yeterli bulanların %42,1'i ve oldukça yeterli bulanların %34,8'i Beck Depresyon Envanterinden 1-10 arası normal puan almıştır. Bu sonuçlar arasında istatistiki bir anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,412$).

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları arasında yer alanlardan %10,9'unun geliri gıda ihtiyacını karşılamak için yetersizdir. %76,4'ü gelirinin gıda ihtiyacını karşılamaya yeterli olduğunu ifade etmiş, gelirinin gıda ihtiyacına göre oldukça yeterli olduğunu söyleyenler %12,6'dır.. Gelirini gıda ihtiyacına göre yetersiz bulan katılımcıların hiçbiri Beck Depresyon Envanterinden 1-10 arası normal puan almaz iken; yeterli bulanların %41,4'ü ve oldukça yeterli bulanların %27,3'ü Beck Depresyon Envanterinden 1-10 arası normal puan almıştır. Bu sonuçlar arasında istatistiki bir anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,279$).

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları arasındakilerden %21,8'inin geliri sağlık ihtiyacını karşılamak için yetersizdir. %64,9'u gelirinin sağlık ihtiyacını karşılamaya yeterli olduğunu ifade etmiş, gelirinin sağlık ihtiyacına göre oldukça yeterli olduğunu söyleyenler %13,2'dir. Gelirini sağlık ihtiyacına göre yetersiz bulan katılımcıların %18,4'ü Beck Depresyon Envanterinden 1-10 arası normal puan alırken; yeterli bulanların %44,3'ü ve oldukça yeterli bulanların %17,39'u Beck

Depresyon Envanterinden 1-10 arası normal puan almıştır. Bu sonuçlar arasında istatistik bir anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,105$).

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları arasında yer alanların %46,6'sı geliri eğitim ihtiyacını karşılamak için yetersizdir. %46,6'sı gelirinin eğitim ihtiyacını karşılamaya yeterli olduğunu ifade etmiş, gelirinin eğitim ihtiyacına göre oldukça yeterli olduğunu söyleyenlerin oranı ise %6,7'dir. Gelirini eğitim ihtiyacına göre yetersiz bulan katılımcıların %30,9'u Beck Depresyon Envanterinden 1-10 arası normal puan alırken; yeterli bulanların %40,7'si ve oldukça yeterli bulanların %25'i Beck Depresyon Envanterinden 1-10 arası normal puan almıştır. Bu sonuçlar arasında istatistiki bir anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,733$).

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanları arasında yer alanların %61,5'inin geliri eğlence ihtiyacını karşılamak için yetersizdir. %29,9'u gelirinin eğitim ihtiyacını karşılamaya yeterli olduğunu ifade etmiş, gelirinin eğitim ihtiyacına göre oldukça yeterli olduğunu söyleyenlerin oranı %8,6'dır. Gelirini eğlence ihtiyacına göre yetersiz bulan katılımcıların %32,8'i Beck Depresyon Envanterinden 1-10 arası normal puan alırken; yeterli bulanların %40,4'ü ve oldukça yeterli bulanların %33,3'ü Beck Depresyon Envanterinden 1-10 arası normal puan almıştır. Bu sonuçlar arasında istatistiki bir anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,949$).

Devletin sosyal hizmet merkezlerinde sağladığı ayni ve nakdi yardımların müdahaledeki etkililiğini, araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %16,1'i yeterli görmekteyken; %83,9'u yetersiz görmektedir. Yeterli görenlerin %39,3'ü Beck Depresyon Envanterinden 1-10 arası normal puan alırken; yetersiz görenlerin %34,3'ü Beck Depresyon Envanterinden 1-10 arası normal puan almıştır. Bu sonuçlar arasında istatistiki bir anlamlılık bulunmamıştır ($p=0,492$).

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %31,6'sı boş zamanlarında kişisel gelişim faaliyetleri ile ilgilendiğini, %31,6'sı boş zamanlarında hobi faaliyetleri gerçekleştirdiği, %28,2'si boş zamanlarında ev işleri yaptığını ve %8,6'sı boş zamanlarında ek iş ile meşgul olduğunu ifade etmiştir. Boş zamanlarında kişisel

gelişimiyle ilgilenen katılımcıların %49,1'i Beck Depresyon Envanterinden 1-10 arası normal puan alırken; hobileriyle uğraşanların %34,6'sı ve ev işleri yapanların %26,5'i ile ek iş yapanların %13,3'ü Beck Depresyon Envanterinden 1-10 arası normal puan almıştır.

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %73,63'sı meslek yaşamı süresince kendisini derinden etkileyen ve unutamayacağını düşündüğü bir vaka ile karşılaşmıştır. %26,4'ü ise böyle bir vaka ile karşılaşmadığını beyan etmiştir. meslek yaşamı süresince kendisini derinden etkileyen ve unutamayacağını düşündüğü bir vaka ile karşılaşan katılımcıların %28,9'u Beck Depresyon Envanterinden 1-10 arası normal puan alırken, karşılaşmadığını söyleyen katılımcıların %52,2'si Beck Depresyon Envanterinden 1-10 arası normal puan almıştır.

Araştırmaya katılan uzmanlardan “vakadaki isimleri anonimleştirip meslek elemanları ile paylaşarak rahatlamayı tercih ettim” cümlesine “katılmıyorum” diyenlerin oranı %24,1'dir. “Fikrim yok” diyenler %2,3 ve “katılıyorum” diyenler %47,2'dir. Aynı zamanda, araştırmaya katılan uzmanlardan “vakadaki isimleri anonimleştirip yakınlarım ile paylaşarak rahatlamayı tercih ettim” cümlesine “katılmıyorum” diyenler %49,5'dir. “Fikrim yok” diyenler %3,4 ve “katılıyorum” diyen %19,9'dur. Vakadaki isimleri anonimleştirip meslek elemanları ile paylaşmayı tercih ettim cümlesine katılan 85 kişi'nin %73,7'si Beck Depresyon Envanterinden 1-10 arası normal puan almıştır. Literatürde Creed ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2016) da gösterildiği gibi depresyon ve psikolojik hastalıklar üzerine çalışan terapistlerde de benzer bir eğilim sonucu, vakaları meslek elemanlarının birbiriyle paylaştığı görülmektedir. Beck Depresyon Envanterine yansıyan puanları bu durumun nasıl etkilediği kesin olarak eldeki verilerle söylenemese bile meslek elemanları arasındaki vaka paylaşımının olumlu etkileri olduğunu söylemek imkansız değildir.

Araştırmaya katılan uzmanlarının cinsiyet, eğitim durumları ve medeni durumları ile Beck Depresyon Envanteri puanları arasındaki ilişkiye ait t-testi sonuçlarına göre, cinsiyet, eğitim durumu ve medeni durum ile envanterden alınan

puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bununla birlikte kadın katılımcıların puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Kadın katılımcıların ortalama puanı 14,78 iken erkeklerin 12,57 ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Yapılan bu çalışma yanında, depresyon görülme sıklığının kadınlarda daha yüksek olduğunu saptayan çeşitli araştırmalar bulunmaktadır (Powers, vd., 2016; Altemus, vd., 2014).

Yüksek lisans yapmakta ya da yapmış olan katılımcıların puanlarında ve bekar katılımcılarda yine daha yüksek puan görülmektedir. Depresyona olan yatkınlığı eğitim görülen yıl sayısına göre araştıran Kranjac ve arkadaşları (2016), bu çalışmanın sonuçları ile benzer şekilde depresyonun eğitim alınan yıl sayısı arttıkça görülme sıklığının artabileceği sonucunu elde etmişlerdir. Yine Kranjac ve arkadaşlarının çalışmasında medeni durum ile ilgili veriler bulunsa da çalışmalarında, medeni hali toplumsal cinsiyetten bağımsız değerlendirmenin mümkün olmadığını, dolayısıyla medeni durum ile depresyona yatkınlık arasında ilişki kurmanın mümkün olamayacağını belirtmişlerdir.

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının kendilerini derinden etkileyen ve unutamayacakları bir vakayla karşılaşma durumunun Beck Depresyon Envanterinden alınan puanlarla ilişkisine bakıldığında, böyle bir vakaya sahip olduğunu söyleyen uzmanların aldıkları ortalama puan 14,88 iken böyle bir vaka ile karşılaşmayan uzmanların ortalama puanı 10,74'tür. Bu iki durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p=0,001$). Lloyd ve arkadaşlarının İngiltere'de uygulanan çalışmalarında (2002), sosyal hizmet mesleği çalışanlarının, stres ve bağlantılı psikolojik rahatsızlıklarla toplumun genelinden daha sık karşılaştıkları ifade edilmektedir. Mesleki etik ve ilkelerin kapsamı, sağlık sisteminin yapısından kaynaklanan örgütsel kusurlar ve sık mevzuat değişikliklerinin uzmanlar üzerinde sürekli stres yarattığı ve genel anlamda anksiyete ve psikolojik rahatsızlıklara meslek mensuplarının, bu tarz etmenlerden ötürü açık olduğu söylenmektedir.

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının devletin sunduğu çözüm olanaklarının yeterliliği hakkındaki görüşleri ile Beck Depresyon Envanterinden

aldıkları puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmamakla birlikte devletin sağladığı çözüm olanaklarını yetersiz gören uzmanların envanterden aldıkları ortalama puanların daha yüksek olduğu görülmektedir. Önceki paragrafta bahsedildiği gibi sosyal hizmet mesleğinin bürokratik sistemin genelinden kaynaklı pek çok sıkıntısı bulunmaktadır.

Araştırmada, katılımcılara devletin sunduğu çözüm olanakları yetersiz ise nedenini açıklayınız şeklinde açık uçlu bir soru yöneltmiştir. Bu sorulara verilen yanıtlar aşağıdaki beş madde altında toplanmıştır.

-Sosyal destek olarak adlandırılan yardımların müracaatçıları tembelliğe itmesi,

-Sadece maddi desteğin yeterli olmayacağı, ancak müracaatçılara psiko-sosyal destek sağlamanın, zaman, imkan ve personel yetersizliği yüzünden mümkün olmadığı ve psiko-sosyal müdahale olanaklarının mevzuat tarafından kısıtlanması.

-Acil müdahale gerektiren durumlarda bürokratik işlemlerin uzun sürmesi, müdahalenin gecikmesi, sosyal hizmet uzmanının inisiyatif alma durumunda kalması,

-Sosyal desteklerin yardım/sadaka görünümünde verilmesi,

-İstihdam politikaları ile sosyal desteğin birlikte yürütülmemesi.

Aşağıdaki paragrafta, 47 numaralı soru kağıdında, katılımcının verdiği yanıt aynen aktarılmıştır:

“Kişilerin sorunlarının sadece ekonomik olmadığını, sürdürülen sosyal politikaların hak temelli olmadığını, geçici ayni nakdi yardımlarla bireylerin daha bağımlı hale getirildiğini, eğitim sisteminin insan hakları temelinde ve

birey ihtiyaçlarına yönelik olmadığını, önleyici ve koruyucu hizmetlerin oldukça yetersiz olduğunu, var olan uygulamaların bireyleri güçlendirmekten ve zgrleřtirmekten uzak olduğunu düşünüyorum.”

Amerikan Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği, “sosyal gereksinimleri; kurumlara, halka ve yöneticilere anlatma ve kavramalarını sağlama” becerisini sosyal hizmet uzmanlarında olması gereken bir beceri olarak tanımlamıştır (akt: Duyan, 2012, s:78). Yukarıda alıntılanan sorunları ifade eden sosyal hizmet uzmanının bu beceriye sahip olduğunu göstermesi için karşısına alıp ikna etmesi gereken, tüm devleti oluşturan ayrı ayrı sistemlerin neredeyse tamamı olmaktadır. Lloyd ve arkadaşlarının belirttiği gibi, sosyal hizmet mesleki etiği ve ilkeleri, sosyal hizmet uzmanları üzerinde bir stres kaynağı olmaktadır (2002).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırmanın sonuçları ve bu sonuçlar ışığında ele alınabilecek önerilere yer verilecektir.

Araştırmada sosyal hizmet uzmanlarının mesleki ve demografik özelliklerinin depresyona olan yatkınlıkları üzerindeki etkisi incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, demografik değişkenler ile depresyon yatkınlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bununla birlikte araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %64,9'u Beck Depresyon Envanteri'nden on ve üzeri puan almışlardır. Katılımcılardan klinik tedavi tavsiye edilenlerin oranı (envanter puanı 17 ve üstü olanlar) (Hisli, 1988) ise %50,4'tür. Klinik tedavi tavsiye edilen katılımcıların tüm katılımcılara oranı %32,7'dir ki bu oran Türkiye ortalamasının (2014 yılı için %12) oldukça üzerindedir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, araştırmaya katılmış sosyal hizmet uzmanlarının %73,6'sı kendilerini derinden etkileyen ve unutamayacaklarını düşündükleri bir vaka ile karşılaşmışlardır. Bu katılımcıların BDE'den aldıkları ortalama puan 14,88'dir. Araştırmaya katılıp unutamayacakları bir vaka ile karşılaşmadıklarını söyleyen sosyal hizmet uzmanlarının BDE puanı ise 10,74'tür. Bu sonuçlar istatistiki olarak anlamlı olup, benzer çalışmalarda alınan sonuçlar ile uyumludur.

Sosyal hizmet mesleği etik ilkelerine göre, sosyal hizmet uzmanının müracaatçıları ile duygusal ya da mesleki olmayan bir bağ kurmaması gerekmektedir. Çalışmanın sonuçlarına göre, katılımcıların kendilerini derinden etkileyen ve unutamayacaklarını düşündükleri bir vaka ile karşılaşmış olması, uzmanların müracaatçılarıyla mesleki olmayan bir bağ kurduklarını ya da yanlış, hatalı bağlanma stillerine sahip olduklarını gösterebilir.

Çalışmanın sonuçlarına göre, araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının yarısına yakını (%47,2) çalıştıkları/karşılaştıkları vakaları, isimleri anonimleştirip meslek uzmanları ile paylaşmış ya da paylaşmayı doğru bulduklarını söylemişlerdir. Araştırmaya katılan kişilerin dörtte üçünün unutamayacakları bir vakayla karşılaşmışlığı var iken, bunu başka kimselerle paylaşma ya da paylaşmayı doğru bulma oranı, diğer meslek elemanları ile paylaşma koşuluyla, %47,2'de kalmaktadır.

Araştırmanın sonuçlarına göre, araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının %80,5'i sosyal hizmet alanında çalışan kişilerin düzenli olarak psikolojik destek görmesi gerektiğini düşünürken, %62'si bu desteğin devlet tarafından zorunlu tutulmasını istemektedir. Bu sonuçlar, sosyal hizmet uzmanlarının karşılaştıkları vakaları diğer meslek elemanları ile paylaşma istatistikleriyle birlikte değerlendirildiğinde, yıpratıcı vakaların etkisini azaltmak için sosyal hizmet kurumlarında çalışan personel için nizami bir psikolojik destek planlanmasının gereği anlaşılmaktadır.

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının, doğru ve etkili olmadığını bildikleri müdahaleleri uygulamak durumunda kaldıkları söylenebilmektedir. Araştırma sonuçlarına göre, doğru ve etkili müdahale için uygun çalışma şartlarının eksikliğini ve sosyal politikaların fiili durum ile uyumlu olmadığını belirtmişlerdir. Çalışmanın sonuçlarına göre, araştırmaya katılan meslek elemanlarının %55'i, müracaatçıların yaşadığı sorunların temelinde ekonomik sistemin yer aldığını ifade etmiş ancak devletin sağladığı ayni ve nakdi yardımların müracaatçıların sorunlarına çözüm oluşturmadığını %83,9 gibi oldukça yüksek bir oranda belirtmişlerdir. Keza araştırmaya katılanlar, devlet yardımlarının müracaatçıları tembelliğe ittiğini, nakdi yardımların psikolojik destek gibi süreç gerektiren müdahale yöntemlerinin önüne geçtiğini ve istihdam politikalarının yardım politikaları ile paralel yürütülmediğini belirtmişlerdir. Bu sonuçlar ışığında Türkiye'nin sosyal yardım politikalarında bazı iyileştirmeler önerilebilir. Sosyal hizmet kurumlarında çalışan nitelikli personelin sayıca artırılması ve sosyal hizmet müdahalelerinin süre ve imkan açısından kısıtlanmaması için gerekmektedir. Sosyal hizmet müdahaleleri için ayrılan bütçe

artırılarak, sosyal sorunların sonuçları yerine sosyal sorunların nedenlerine odaklı müdahale yöntemlerinin kullanılması teşvik edilmelidir.

Araştırma sonuçlarına göre çalışmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarında ortaya çıkan depresyona neden olan sorunları, içsel ve dışsal boyutları ile iki ana başlık altında toplamak mümkündür.

Dışsal etkenlere dayalı sorunlar, toplumsal yapı ile ilgili olan sorunlar olup, özdeşleşme ve yabancılaşma kapsamındadır. İçsel sebep olarak sosyal hizmet uzmanlarının bağlanma stillerinden kaynaklı sorunlar gösterilebilir. Katılımcıların BDE'den aldıkları puanlar ile müracaatçılarından etkilenme oranları arasında istatistiksel bir ilişki bulunmuştur. Sosyal hizmet uzmanları, toplumda dışlanmış, öteki ve dezavantajlı gruplarla sıklıkla çalışmaktadır ve hatalı bağlanma alışkanlıklar, müracaatçıları ile kurdukları empatinin sınırlarını yitirmesine yol açabilmektedir.

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarına, araştırmayla ilgili öneri ve düşünceleri, soru kağıdında, açık uçlu olarak sorulmuştur. Katılımcılardan gelen bu önerileri aşağıdaki başlıklar altında toplamak mümkündür;

- Kurum yöneticilerin iş gereklerine uygun vasıflı kişilerden seçilmesi,
- Kurumlarda süper vizyon sistemi uygulanmalı,
- Çalışma koşullarının esnek olması ve müdahale olanaklarının çeşitlenmesi,
- Özlük hakları iyileştirilmeli ve yıpranma payı belirlenmeli
- Meslek ve görev tanımlarının mevzuatla düzenlenmesi

-Müdahalelerde uzmana karar hakkı pratik olarak tanınmalı, kurumlar ve personel, mezzo ve makro müdahalelere teşvik edilmeli. Sosyo-ekonomik destek uygun sosyal politikaları destekleyici olarak kullanılmalı.

-Sosyal hizmet uzmanı olarak istihdam edilen kişilerin düzenli olarak, psikolojik destek alması sağlanmalı.

Aşağıda, araştırmada elde bulgulara dayanarak sosyal hizmet uzmanlarının çalışma koşulları ile ilgili bazı öneriler sunulmaktadır.

Araştırma sonuçlarından, sosyal hizmet mesleğinin uygulama ortam ve koşulları dolayısıyla yıpratıcı olduğu anlaşılmaktadır. Mesleğin müracaatçıyı kabul ettiği konum ve müracaatçının sorunlarına çözüm olarak sunabildiği yöntemler, halihazırda kullanılan yönetmelik ve kanunlar ile uyum sağlamamaktadır. Mesleğin içindeki sosyal hizmet uzmanları, müdahale yöntemleri konusunda aldıkları akademik eğitim ile mevzuatlar arasına sıkışmaktadır. Bu durum sosyal hizmet uzmanı üzerinde bir baskı yaratmaktadır. Çalışmanın sonuçlarına göre, sosyal hizmet kurumlarının idari yapısının yeterli niteliğe sahip personel ile oluşturulmamış olması, kurum içi süpervizyon ve destek sisteminde aksamalara neden olmaktadır.

Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının çoğunluğu çalışma hayatları boyunca unutamayacakları bir vaka ile karşılaştıklarını söylemiş ve bu kişiler istatistiksel olarak anlamlı biçimde Beck Depresyon Envanterinden yüksek puan almışlardır. Bu noktada araştırma verileri, kısıtlayıcı mevzuatın getirdiği etkisiz müdahaleler sosyal hizmet uzmanları üzerinde bir baskı yaratarak unutulmayacak vakalar ortaya çıkarmaktadır şeklinde yorumlanabilir. Ancak bu durum sosyal hizmet uzmanlarının psikolojik olarak kendilerini koruyamadıkları şeklinde de yorumlanabilir. Bu noktada sosyal hizmet uzmanlarının unutamadıkları vakalar ile ilgili bağlanma stillerini araştırmak gerekebilir. Çalışma bu noktada ayrıca araştırmalar yapılmasını önermektedir.

ÖZET

Sosyal Hizmet Uzmanlarında Depresyonun Yapısal Sebepleri

Bu araştırma sosyal hizmet uzmanı olarak istihdam edilen meslek elemanlarında görülen depresyonun mesleki ve yapısal nedenlerini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Araştırma 2015 yılının Kasım ayı ile 2016 yılının Şubat ayı arasında, Sosyal Hizmet Uzmanları Derneği E-Posta Grubuna üye olan 174 kişiye soru formu ve Beck Depresyon Envanteri uygulaması ile gerçekleştirilmiştir. Elde edilen verilerin SPSS paket programına aktarılmış ve analiz edilmiştir. Verilerin analizinde bağımsız değişkenler için t testi ve frekans tabloları kullanılmıştır.

Analizler sonucunda sosyal hizmet uzmanlarının müracaatçıları ile yaşadıkları deneyimlerin niteliğinin sosyal hizmet uzmanlarının depresyon durumları ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Araştırmaya katılan sosyal hizmet uzmanlarının sosyo-demografik değişkenlerden ziyade mesleki etkileşimlerden kaynaklı nedenlerle depresyona yatkınlıklarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bu sonuçlar ışığında, sosyal hizmet uzmanlarının düzenli olarak psikolojik destek ihtiyacı olduğu gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: beck depresyon envanteri, depresyon, sosyal hizmet, sosyal hizmet uzmanı

SUMMARY

Structural Reasons of Depression in Social Workers

The purpose of this thesis is to research structural and professional reasons of depression among social workers.

The survey is conducted between November 2015 and February 2016. The survey consists of a question form and Beck's Depression Inventory. It was applied on 174 social workers who are in the e-mail list of SHUDER (Turkish Social Workers Professional Association). Data from the survey have been entered to SPSS and analyzed. T-test for independent variables and frequency tables have been used for data analyzing.

According to findings, there are significant relations between Beck's Depression Inventory points and the relationship of social workers with their clients. The depression ratio has been more highly related to professional conditions than sociodemographic variables.

As a result, it's thought that social workers should be taken psychological support.

Key Words: beck's depression inventory, depression, social work, social worker

KAYNAKÇA

- ADLER A (1997). Psikolojik aktivite. Say Yayınları: İstanbul
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-4), Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı (DSM-5). Ankara: Hekimler Yayın Birliği
- ALTEMUS M, SAVAIYA N, EPPERSON CN (2014). Sex Differences in Neurological and Psychiatric Disorders. *Frontiers in Neuroendocrinology*. Vol: **35**. Issue 3: 320–330
- ALTHUSSER L (2008). Yeniden Üretim Üzerine, İst: İthaki
- ARNETT JJ (2004). Emerging Adulthood: The Winding Road from the Late Teensthrough the Twenties. New York: Oxford UniversityPress
- AYDINLI, H. (2004). Renklere açık ruh dünyamız. *Sızıntı*, S: **308**: 24-32.
- ATAK H, ÇOK F. (2010). İnsan Yaşamında Yeni Bir Dönem: Beliren Yetişkinlik. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* **17**: 3-9.
- BALİBAR (1993). La Philosophie de Marx. *La Decouverte*. Paris: 1993
- BERGER J (1999). Görme Biçimleri. İstanbul: Metis
- BİRCAN U (2010). Whitehead'in Süreç Felsefesinde Descartes Ve Hume Eleştirisi Üzerine Bir Deneme. *Ekev Akademi Dergisi*, S: **42**: 105-116
- BOTTOMORE T, ROBERT R (1990). Sosyolojik çözümlemenin tarihi. Verso Yayınları: Ankara
- CIGNO K (1997). Downsizing, restructuring, purchasing and providing: social work and social services in a value-for-money climate. VOL: **17** Iss: 5: 84 – 96
- CİRHİNLİOĞLU Z (2001). Sağlık Sosyolojisi. Nobel: Ankara
- CLARKE S (2004). Marksizm, Sosyoloji Ve Poulantzas'ın Devlet Kuramı. *Devlet Tartışmaları, Marksist Bir Devlet Kuramına Doğru*, Ed: Clarke, S. Ankara: Ütopya Yayınları

- CRAIG GJ, DUNN W L (2007). Understanding Human Development. New Jersey: Pearson.
- CREED TA, WOLK CB, FEINBERG B, EVANS AC (2016). Beyond the label: Relationship between community therapists self-report of a cognitive behavioral therapy orientation and observed skills. *Adm Policy Men Health*. **43**: 36-43
- CUMHURİYET (2015). Ali Koç: Kapitalizmin ortadan kalkması gerek. Erişim Adresi: [http://www.cumhuriyet.com.tr/haber/ekonomi/418827/Ali_Koc__Kapitalizmin_ortadan_kalkmasi_gerek.html]. Erişim Tarihi: 21/01/2016
- CUMHURİYET (2015). Bill Gates: Çare Sosyalizm. Erişim Adresi: [http://www.cumhuriyet.com.tr/haber/dunya/401151/Bill_Gates__Care_sosyalizm.html#] Erişim Tarihi: 21/01/2016
- DELEUZE G, Guattari F (2012). Anti-Ödipus: Kapitalizm ve Şizofreni, Ankara: Bilim ve Sosyalizm Yayınları
- DEMİRCİ S (1994). Modern tıbbın ötesi. İnsan Yayınları: İstanbul
- DİNLER Z (1998). İktisada Giriş. Bursa: Ekin
- DUHM D (2002). Kapitalizmde Korku. Ankara: Ayraç
- DUYAN V (1996). Tıbbi Sosyal Hizmet. Ankara: 72 TDFO
- DUYAN V (2012). Sosyal Hizmet, Temelleri, Yaklaşımları, Müdahale Yöntemleri. Ankara: SHUDER
- ELSTER J (2004). Marx'ı Anlamak. İstanbul: Liberte
- FREUD S (1999). Totem ve Tabu, Dinin Kökenleri. Ankara: Öteki
- FROMM E (1999). Özgürlükten Kaçış, Ankara: Öteki
- FROMM E (1993). Sahip olmak ya da olmamak. Arıtan Yayınları: İstanbul
- FOUCAULT M (2000). Özne ve İktidar. İstanbul: Ayrıntı
- FOUCAULT M (2003). Cinselliğin Tarihi. İstanbul: Alfa

- GIDDENS A (2000). Sosyoloji. Ankara: Ayraç
- GORZ A (2007). İktisadi Aklın Eleştirisi. İstanbul: Ayrıntı
- GRAMSCI A (2007). Hapishane Defterleri. İstanbul: Belge
- GÜLEÇ C (2007). Psikiyatrinin ontolojik ve epistemolojik sorunları. *Psikiyatri Temel Kitabı Cilt 1*(Ed. GÜLEÇ C, KÖROĞLU E.). Hekimler Yayın Birliği: Ankara: 1-5
- HİSLİ N (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma, *Psikoloji Dergisi*
- HOOD B (2014). Benlik Yanılsaması, Sosyal Beyin, Kimliği Nasıl Oluşturdu? İstanbul: Ayrıntı
- HORNEY K (1999). Çağımızın Nevrotik Kişiliği. Ankara: Öteki
- IŞIKLI E (2010). Ofis Çalışanlarının Yalnızlığı, *Sınıftan Sınıfa*. Der: BUĞRA A. Ankara: İletişim
- JESSOP B (2004). Devlet Biçimleri ve Hegemonya Projeleri, *Devlet Tartışmaları, Marksist Bir Devlet Kuramına Doğru*. Ed: CLARKE S. Ankara: Ütopya
- KILLASPY H, HARDEN C, HOLLOWAY F (2005). What do mental health rehabilitation services do and what are they for? A national survey in England. *Journal of Mental Health*. **14**: 157-165.
- KITTS RL, GOLDMAN SJ (2012). Child and adolescent depression section iii: disseminating developmentally informed interventions for child and adolescent depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. Vol: **21**. Issue 2:421-446
- KLEINMAN A (1986). Social Origins of Distress and Disease:Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China. *Current Anthropology* Vol. **27**:5
- KRANJAC AW (2016). Depression and body mass index, differences by education: Evidence from a population-based study of adult women in the U.S. Buffalo-Niagara region. *Obes Res Clin Pract*: 1-9
- KÖSE MR (2014). Sağlık istatistikleri yılı. T.C. Sağlık Bakanlığı: Ankara
- LIEBENBERG L, UNGAR M, IKEDA J (2015). Neo-Liberalism and Responsibilisation in the Discourse of Social Service Workers. *British*

LLOYD C, KİNG R, CHENOWETH L (2002). Social work, stress and burnout: A review. *Journal of Mental Health.* **11:**3, 255-265,

LEMKE T (2013). Biyopolitika. İstanbul: İletişim

MARCUS M, YASAMY T (2012). Depression A Global Public Health Concern, WFMH, *Depression: A Global Crisis*. Erişim Adresi: [http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/2012_wmhday_english.pdf]. Erişim Tarihi: 26/10/2014

MARX K (1979). Ekonomi Politüğın Eleştirisine Katkı. Ankara: Sol

MARX K (1997). Kapital I. Ankara: Sol

MARX K (2000). Felsefe Yazıları. Adıyaman: Hil

NAMI (2013). Mental Illness: What Do You Need To Know. Erişim Adresi: [http://www.nami.org/Content/NavigationMenu/Inform_Yourself/About_Mental_Illness/By_Illness/MentalIllnessBrochure.pdf]. Erişim Tarihi: 26.10.2014

NASW (2015). Mental Health, Erişim Adresi: [<https://www.socialworkers.org/pressroom/features/issue/mental.asp>]. Erişim Tarihi: 12.06.2015

NEWBY JM, McKINNON A, KUYKEN W, GILBODY S, DALGLEISH T (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review.* **40:** 91-110

NİETZSCHE F (2010). Ahlakın Soykütüğü Üzerine. İzmir: İlya

OKUMUŞ E (2011). Bedene Müdahalenin Sosyolojisi. *Beden Sosyolojisi*. Ed: CANATAN K. Ankara: Açılım: 45-63

ORAL M, TUNCAY T (2012). Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol ve Sorumlulukları, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, C: **23**, S: 2: 93-114

OXFORD. Normal, Erişim Adresi: [<https://www.oxforddictionaries.com/definition/english/normal?q=Normal>]. Erişim Tarihi: 21/01/2016

ÖZDEL L, BOSTANCI M, ÖZDEL O, OĞUZHANOĞLU NK (2002). Üniversite öğrencilerinde depresif belirtiler ve sosyodemografik özelliklerle ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. **3**:155-161

ÖZYEGİN G (2005). Başkalarının Kiri: Kapıcılar, Gündelikçiler ve Kadınlık Halleri. İstanbul: İletişim

POWERS S, LAURENT HK, STOESSEL-GUNLICKS M, BALABAN S, BENT E (2016). Depression and anxiety predict sex-specific cortisol responses to interpersonal stress. *Psychoneuroendocrinology*: **69**: 172-179

RADİKAL (2008). Bill Gates'in 'insancıl kapitalizm' önerisine Kemal Derviş karşı çıktı. Erişim Adresi: [http://www.radikal.com.tr/haber.php?haberno=245842]. Erişim Tarihi: 21/01/2016

RAMADAN M (2007). Stratejik Bir Araç Olarak Ambalajlama, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi

SAĞLIK BAKANLIĞI (2011). Toplum ruh sağlığı merkezleri hakkında yönerge. Erişim Adresi: [http://www.saglik.gov.tr/tr/dosya/1-71435/h/trsm-yonerge.doc]. Erişim Tarihi: 04.12.2014

SAĞLIK BAKANLIĞI (2014). Toplum ve Ruh Sağlığı Merkezleri İçin Çalışma Rehberi. Erişim Adresi: [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tekd/pdf/TRSM_rehber.pdf]. Erişim Tarihi: 04.12.2014

SAĞLIK BAKANLIĞI (2014). Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge Erişim Adresi: [http://www.asm.gov.tr/UploadGenelDosyalar/Dosyalar/143/MEVZUAT/29_04_2014_13_57_38.pdf]. Erişim Tarihi: 04.12.2014

SAĞLIK BAKANLIĞI (2014). 23859870 sayılı soru önergesi cevabı. TBMM. Erişim Adresi: [http://www2.tbmm.gov.tr/d24/7/7-28644sgc.pdf] Erişim Tarihi: 25.05.2016

SANTROCK J W (2012). Yaşam Boyu Gelişim. Ankara: Nobel Yayıncılık.

SAYAR K (2014). Ruh Hali. İstanbul: Timaş

SHARON B (2002). Clinical Social Work Practice : A Cognitive-Integrative Perspective: Oxford University Press

ŞENEL A (1995). İlkel Topluluktan Uygar Topluma. Ankara: Bilim ve Sanat

- TARHAN N (2012). Toplum Psikolojisi. İstanbul: Timaş
- TOPÇUOĞLU A (2010). Türkiye'de Aile Değerleri Araştırması, Ankara: T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü
- TURAN N (2009). Sosyal Kişisel Çalışma. Ankara: Aydınlar Matbaası
- TÜİK (2014). Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları, 2013. Erişim Adresi: [http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15974]
- TÜRKMMO (2014), Pazarlama Nedir?. Erişim Adresi: [http://www.turkmmo.com/ekonomi-iktisat-isletme/970453-pazarlama-nedir-gecirdigi-asamalar-nelerdir.html]. Erişim Tarihi: 10.09.2014
- ULAŞ H (2008). Batı Avrupa Ülkelerinde ve Türkiye’de Psikiyatrik Hizmetler. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* Cilt **11**, Sayı 2, 2008
- WEBER M (2008). Sosyoloji Yazıları. İstanbul: Deniz Yayınları
- WEISSKOPF WA (1996). Yabancılaşma ve iktisat. Anahtar Kitap: İstanbul
- WELLS A, FISHER P (2015). Treating Depression: MCT, CBT and Third Wave Therapies. *John Wiley & Sons*.
- VELİ O (2014). Bütün Şiirleri. İstanbul: YKY
- YANIK M (2008). İstanbul’da Toplum Ruh Sağlığı Örgütlenmesi Örneği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. **9** (Ek Sayı 1): 43-45.
- YAŞAR MR (2003). Depresyonun sosyolojik açıdan incelenmesi: Elazığ örneği. Doktora Tezi. Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü: Elazı
- ZASTROW C (2013). Sosyal Hizmete Giriş. Ankara: Nika

EKLER

EK 1: ETİK KURUL İZİN YAZISI

**ANKARA ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ**

Karar Tarihi : 03/12/2015

Toplantı Sayısı : 22

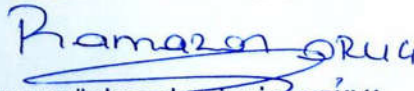
Karar Sayısı : 330

330-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü araştırma görevlilerinden Necati Buğra Kuddaş'ın "Sosyal Hizmet Uzmanlarında Depresyonun yapısal Sebepleri" başlıklı çalışması ile ilgili 04/11/2015 tarihli "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelenmiştir.

Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü araştırma görevlilerinden Necati Buğra Kuddaş'ın "Sosyal Hizmet Uzmanlarında Depresyonun yapısal Sebepleri" başlıklı çalışmasının, araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

**ASLININ AYNIĞIR
03/12/2015**


Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

ASLI GİBİDİR

ANKARA ÜNİVERSİTESİ ETİK KURULU
Tarih: 17/03/2016
Sayı: 1497

EK 2: BECK DEPRESYON ENVANTERİ KULLANMA İZİN YAZISI

03.11.2015

Psikoloji Dergisi'nde yayınlanmış olan "Beck Depresyon Envanteri'nin Geçerliliği Üzerine Bir Çalışma" başlıklı ve 1988 tarihli makalemde Türkçeye uyarlamış olduğum "Beck Depresyon Envanteri"nin Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı'nda Yüksek Lisans yapmakta olan Necati Buğra KUDDAŞ'ın "Sosyal Hizmet Uzmanlarında Depresyonun Yapısal Sebepleri" Başlıklı yüksek lisans tez çalışmasında kullanılmasına izin veriyorum.



PROF. DR. NESRİN HİSLİ ŞAHİN

EK 3: BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

GÖNÜLLÜ KATILIM (BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM) FORMU

Değerli katılımcı,

Bu araştırmada sosyal hizmet uzmanlarında depresyonun mesleki ve yapısal sebepleri incelenmektedir. Araştırmada 3 bölümden oluşan anket formu kullanılacaktır. Bilgileriniz ve elde edilen verilerin gizliliği sağlanacak ve bu araştırmanın dışında başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Elde edilen veriler, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans tez çalışması için kullanılacaktır.

Araştırmaya katılmanız sadece sizin gönüllü olmanıza bağlıdır ve bu konuda hiçbir zorunluluğunuz bulunmamaktadır. Çalışmanın herhangi bir aşamasında hiçbir neden göstermeksizin ayrılabilirsiniz. Araştırmada kullanılan formlar toplam 10-20 dakikanızı alacaktır. Çalışmanın değerlendirilmesi sırasında isminiz kaydedilmeyecek ve verdiğiniz cevaplar kesinlikle gizli kalacaktır. Çalışmada yer alan görüşme formlarındaki tüm sorulara gerçeğe uygun olarak cevap verilmesi araştırma sonuçlarının bilimsel ve güvenilir olması açısından önemlidir.

SHUDER E-Posta Grubuna üye olan bir Sosyal Hizmet Uzmanı olarak size e-posta ile ulaştırılan “online araştırma formu” internet linkini açıp araştırma sorularına yanıt vermeniz halinde bu bilgilendirilmiş gönüllü onam formunu okuduğunuz ve aşağıdaki maddeleri kabul ettiğiniz var sayılacaktır:

-Bilgilendirilmiş onam formunu okudum.

-Araştırma ile ilgili istediğim tüm açıklamalar yeterli yapılmıştır ve tüm sorularıma tatmin edici cevaplar verilmiştir.

-Hiçbir baskı ve zorlama olmadan araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmacı: Arş. Gör. Necati Buğra KUDDAŞ

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Sosyal Hizmet Bölümü

0554 277 11 07

bkuddas@gmail.com

Danışman: Prof. Dr. Veli DUYAN

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Sosyal Hizmet Bölümü

duyanveli@yahoo.com

EK 4. SORU KAĞIDI

Değerli katılımcı,

Bu araştırmada sosyal hizmet uzmanlarında depresyonun mesleki ve yapısal sebepleri incelenmektedir. Araştırmada 3 bölümden oluşan anket formu kullanılacaktır. Bilgileriniz ve elde edilen verilerin gizliliği sağlanacak ve bu araştırmanın dışında başka hiçbir amaçla kullanılmayacaktır. Elde edilen veriler, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans tez çalışması için kullanılacaktır.

Soruların **dikkatli ve eksiksiz** olarak yanıtlanması büyük önem taşımaktadır. Gösterdiğiniz ilgi ve işbirliğine teşekkür ederim.

N. Buğra Kuddaş

Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formunu Okudum.

Hiçbir Baskı ve Zorlama Olmadan Araştırmaya Katılmayı Kabul Ediyorum.

A. SOSYO-DEMOGRAFİK BİLGİLER

1. Yaş:

2. Cinsiyet:

3. Eğitim Durumunuz: ☐ Lisans ☐ Yüksek Lisans ☐ Doktora

4. Doğduğunuz ve/veya Yetiştığınız Yerleşimin Nüfusu

☐ 1.000'den az

☐ 1.000-3.000 arası

☐ 3.000-50.000 arası

☐ 50.000-100.000 arası

☐ 100.000-1.000.000 arası

☐ 1.000.000'dan fazla

5. Şu an görev yaptığınız yerleşimin nüfusu

☐ 1.000-3.000 arası

☐ 3.000-50.000 arası

☐ 50.000-100.000 arası

☐ 100.000-1.000.000 arası

☐ 1.000.000'dan fazla

6. Medeni Haliniz

☐ Bekar

☐ Evli

☐ Boşanmış/Ayrı

7. Hanenizde yaşayan birey sayısı:

8. Hanenizin **toplam** gelirini belirtiniz?

() 1500 TL ve aşağısı

() 1500 TL ve üzeri

() 3000 TL ve üzeri

() 5000 TL ve üzeri

9. AYLIK Gelirinizin AYLIK ihtiyaçlarınızı karşılama durumunu aşağıdaki tabloda işaretleyiniz (HER SATIRDA BİR İŞARETLEME YAPINIZ).

	YETERSİZ	YETERLİ	OLDUKÇA YETERLİ
BARINMA (Kira/Taksit/Kredi)			
GIDA HARCAMALARI			
SAĞLIK HARCAMALARI			
EĞİTİM (Var ise kredi ödemeleri)			
EĞLENCE HARCAMALARI			
ULAŞIM (Var ise kredi ödemeleri)			

11. Gelirinizin yeterli olmadığı durumlarda öncelikle hangi ihtiyaçlarınızdan **taviz verirsiniz** (HER SATIRDA BİR İŞARETLEME YAPINIZ) ?

	HİÇ	AZ	ÇOK
BARINMA			
GIDA			
SAĞLIK			
EĞİTİM			
EĞLENCE			
ULAŞIM			

12. Şu an görev yaptığınız kuruma kayıtlı müracaatçılarınızın gelir seviyelerini aşağıdaki tablodan işaretleyiniz (HER SATIRDA BİR İŞARETLEME YAPINIZ).

	EN AZ	AZ	ÇOK	EN ÇOK
0-400 TL* Asgari ücretin 1/3'ünden az geliri olanlar				
400-1200 TL* Asgari ücretin 1/3'ü ile 1/1'i arası geliri olanlar				
1200-2400 TL* Asgari ücretliler				
2400 TL* ve üstü Asgari ücretin 2 katından çok geliri olanlar				

*Tablodaki rakamlar 01.01.2015 – 31.07.2015 tarihleri arasında geçerli asgari ücret üzerinden hesaplanmış rakamlardır.

13. Müracaatçı grubunuzun gelirlerinin yetmediği durumlarda **taviz verdiği** ihtiyaçlarını aşağıdaki tabloda belirtiniz (HER SATIRDA BİR İŞARETLEME YAPINIZ).

	HİÇ	AZ	ÇOK
BARINMA			
GIDA			
SAĞLIK			
EĞİTİM			
EĞLENCE			
ULAŞIM			

14. Hane içi ihtiyaçlarınızı karşıladığınız ürün ve marka tercihleriniz ile müracaatlarınızın hane içi ihtiyaçları için kullandıkları marka ve ürün tercihleri ne kadar **örtüşmektedir**?

☐ Hiç ☐ En Az ☐ Az ☐ Çok ☐ En Çok

B. ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ SORULAR

15. Mesleki anlamda güncel gelişmeleri takip ediyor musunuz?

- ☐ Evet, güncel yaklaşımlardan haberdar oluyorum.
- ☐ Evet, güncel yaklaşım ve uygulamaları kendi yöntemlerimle sentezleyerek pratiğime yansıtıyorum.
- ☐ Evet, sadece güncel mevzuatı takip etmekle yetiniyorum.
- ☐ Hayır, kaynaklara ulaşma konusunda sıkıntı yaşıyorum
- ☐ Hayır, yeni yaklaşımların uygulamaya katkısı olduğunu düşünmüyorum
- ☐ Hayır, yeterli zaman bulamıyorum

16. Boş zaman faaliyetlerinizi hangi alanda değerlendirmektesiniz?

- ☐ Kişisel Gelişim (mesleki okumalar, dil öğrenme vb)
- ☐ Hobi
- ☐ Ev İşleri
- ☐ Ek İş

17. Müracaatçılarınızın en sık danıştığı konu aşağıdaki başlıklardan hangisine dahildir?

Aşağıdaki şıkları müracaatçı sayılarına göre 1'den 5'e kadar sıralayınız.

- ☐ Yoksulluk, işsizlik
- ☐ Suç, madde bağımlılığı
- ☐ Çocuk ihmal ve istismarı
- ☐ Yaşlı ve engelli ihmal ve istismarı
- ☐ Göç ve mültecilik
- ☐ Diğer. Belirtiniz:

18. Müracaatçılarınızın karşılaştığı sorunların kaynağı en çok aşağıdakilerden hangisidir?

(Tek seçenek işaretleyiniz.)

- ☐ Hukuk Sistemi
- ☐ Eğitim Sistemi
- ☐ Sağlık Sistemi
- ☐ Ekonomik Sistem
- ☐ Aile Kurumu
- ☐ Diğer. Belirtiniz:

19. Devletin tanımladığı ayni ve nakdi yardımlar ile kurumlarda sağladığı imkanlar müracaatçılarınızın sorunlarını çözmekte yeterli midir?

- ☐ Evet, yeterlidir.
- ☐ Hayır.

20. Üstteki soruya yanıtınız hayır ise nedenini açıklayabilir misiniz?

.....

.....

.....

21. Meslek yaşamınızda sizi derinden etkileyen ve unutamayacağınızı düşündüğünüz bir vaka ile karşılaştınız mı?

- ☐ Evet
☐ Hayır

22. Yanıtınız evet ise aşağıdaki cümlelere ne kadar katıldığınızı işaretleyiniz.

	EN AZ	AZ	FİKRİM YOK	ÇOK	EN ÇOK
Vakanın üzerimdeki etkilerini silmek için psikolojik destek almam gerekti					
Psikolojik destek aldığım halde etkileri silinmedi					
Psikolojik destek alma gereği duymadım					
Psikolojik desteğe ihtiyacım olduğu halde imkanlarım yetersizdi					
Vakadaki isimleri anonimleştirip meslek elemanları ile paylaşarak rahatlamayı tercih ettim					
Vakadaki isimleri anonimleştirip yakınlarımla paylaşarak rahatlamayı tercih ettim					

23. Sosyal Hizmet alanında çalışanların düzenli olarak psikolojik destek görmesi gerektiğini düşünüyor musunuz?

- ☐ Evet
☐ Hayır

24. Meslek elemanlarının, periyodik olarak psikolojik destek almaları devlet tarafından zorunlu tutulmalı mıdır?

- ☐ Evet
☐ Hayır

25. Ekleme istediğiniz düşüncelerinizi lütfen burada belirtiniz:

.....
.....

C. BECK DEPRESYON ENVANTERİ

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, **BUGÜN DAHİL GEÇEN HAFTA** içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz. Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz.

Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir. Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

- 1- 0.Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.
1.Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2.Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3.O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.
- 2- 0.Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.
1.Gelecek hakkında karamsarım.
2.Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3.Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3- 0.Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1.Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2.Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3.Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4- 0.Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1.Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2.Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3.Her şeyden sıkılıyorum.
- 5- 0.Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1.Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2.Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3.Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6- 0.Bana cezalandırılmışım gibi geliyor.
1.Cezalandırılabilceğimi hissediyorum.
2.Cezalandırılmayı bekliyorum.
3.Cezalandırıldığımı hissediyorum.

- 7- 0.Kendimden memnunum.
1.Kendi kendimden pek memnun değilim.
2.Kendime çok kızıyorum.
3.Kendimden nefret ediyorum.
- 8- 0.Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
1.Zayıf yanların veya hatalarım için kendi kendimi eleştiririm.
2.Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi kabahatli bulurum.
3.Her aksilik karşısında kendimi hatalı bulurum.
- 9- 0.Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
1.Zaman zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm olur. Fakat yapmıyorum.
2.Kendimi öldürmek isterdim.
3.Fırsatını bulsam kendimi öldürürdüm.
- 10- 0.Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
1.Zaman zaman içidem ağlamak geliyor.
2.Çoğu zaman ağlıyorum.
3.Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11- 0.Şimdi her zaman olduğumdan daha sinirli değilim.
1.Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
2.Şimdi hep sinirliyim.
3.Bir zamanlar beni sinirlendiren şeyler şimdi hiç sinirlendirmiyor.
- 12- 0.Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
1.Başkaları ile eskiden daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
2.Başkaları ile konuşma ve görüşme isteğimi kaybetmedim.
3.Hiç kimseyle konuşmak görüşmek istemiyorum.
- 13- 0.Eskiden olduğu gibi kolay karar verebiliyorum.
1.Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
2.Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
3.Artık hiç karar veremiyorum.
- 14- 0.Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
1.Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
2.Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
3.Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15- 0.Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
1.Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
2.Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
3.Hiçbir şey yapamıyorum.

- 16- 0. Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
1. Eskiden olduğu gibi iyi uyuyamıyorum.
2. Her zamankinden 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyuyamıyorum.
3. Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.
- 17- 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk yoruluyorum.
2. Yaptığım her şey beni yoruyor.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18- 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.
- 19- 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. İki kilodan fazla kilo verdim.
2. Dört kilodan fazla kilo verdim.
3. Altı kilodan fazla kilo vermeye çalışıyorum.
- 20- 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Ağrı, sancı, mide bozukluğu veya kabızlık gibi rahatsızlıklar beni endişelendiriyor.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 21- 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Cinsel konularla eskisinden daha az ilgiliyim.
2. Cinsel konularla şimdi çok daha az ilgiliyim.
3. Cinsel konular olan ilgimi tamamen kaybettim.

ÖZGEÇMİŞ

NECATİ BUĞRA KUDDAŞ

Doğum tarihi: 04 Aralık 1986

Doğum Yeri: Bursa

EĞİTİM

Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih Coğrafya Fakültesi Sosyoloji Bölümü (2005-2009)

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sosyal Hizmet ABD (2013-halen)

İŞ DENEYİMİ

2013 - (halen) Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Hizmet Bölümü (Araştırma Görevlisi)

2013 - (halen) Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Sosyal Hizmet Bölümü (Araştırma Görevlisi) – ÖYP Kapsamında

STAJ DENEYİMİ

Ankara Altındağ KEKM, 2013 (Yüksek Lisans)

İLGİ ALANLARI

Kimlik politikaları, sosyal adalet, ruh sağlığı